
This is the **published version** of the article:

Corral Martín, Patricia; Cammany, Rose Marie. Danza Movimiento Terapia en una comunidad de mayores. La experiencia de DMT en un senior cohousing. 2017. 110 p.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/214386>

under the terms of the  license

DANZA MOVIMIENTO TERAPIA EN UNA COMUNIDAD DE MAYORES

La experiencia de DMT en un senior cohousing

Patricia Corral Martín
Tesina Fin Máster DMT UAB
Abril, 2017
Tutora: Rosmarie Cammany



Dedicatoria-agradecimientos

A mi familia, mis padres José Luis y Soledad por darme la vida, cuidar, amar y estar siempre para todos nosotros. GRACIAS POR TODO .Os quiero mucho.

A mis hermanos Carlos y Almudena por vuestro acompañamiento en el crecer de la vida, en los juegos, en las risas y en los lloros. Gracias por aguantar mis coreografías y mis playbacks... ¡Eso no tiene precio!

A mis abuelos. A los que ya no estáis, de los que tanto aprendí y os sigo llevando conmigo. Me dejasteis un hermoso legado que aparece cada día y me habéis hecho tener siempre la mirada hacia los mayores muy presente.

Agustina, estás en mi memoria con tu coquetería, tu rico cocido, cariño y belleza.

Justo, quien me enseñaste que siempre llevamos al niño interior, y con ochenta años eres capaz de hacer trampas jugando, magia con ilusión y una sonrisa, o “robar” los dulces a tu nieta.

Carlos, con tu clase, elegancia, bondad, ese saber estar tan presente, sin haber hecho nunca meditación, y un sentido del humor tan ágil e inteligente que a nadie que te conocía dejaba indiferente. Tus comentarios y chistes están grabados en todos nosotros.

A mi querida abuela Sole, que con 98 años sigue siendo mi gran referencia, ejemplo de valentía, fuerza, sabiduría y del amor más puro, hermoso y generoso. Gran cocinera de la vida.

A Victoria Lerroux por su amistad, guía y tutoría en Trabensol

A todas/os y cada una/os de los cooperativistas de Trabensol, por su acogida, cariño, generosidad, valor y maestría ante esta etapa de la vida.

A todas las que habéis estado estos años en el maravilloso viaje del estudio y vivencia de la DMT.

“Saber envejecer es una obra maestra de la sabiduría, y una de las partes más difíciles del gran arte de vivir” Henri Frédéric Amiel (s.f).

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
PALABRAS CLAVE O <i>KEYWORDS</i>	7
INTRODUCCIÓN.....	8
1 JUSTIFICACIÓN	9
2 OBJETIVOS.....	10
3 METODOLOGÍA.....	10
4 COHOUSING.....	13
4.1 Definición. ¿Qué es el <i>cohousing</i> ?.....	13
4.2 <i>Senior cohousing</i> y el caso de España.....	18
5 SOBRE <i>TRABENSOL</i> . LA COOPERATIVA.....	22
5.1 Algunos conceptos a señalar en el nuevo modelo.....	25
5.1.1 Comunidad.....	25
5.1.2 Actividades en un <i>cohousing</i>	28
6 VEJEZ.....	31
6.1 Definición. Conceptos generales.....	31
6.2 Aspectos biológicos, sociológicos, psicológicos.	32
6.3 Envejecimiento activo	35
6.4 Envejecimiento con éxito	36
6.5 Vejez saludable	37
6.6 Envejecer bien o cómo envejecer bien.	39
6.7 Vejez en un senior <i>cohousing</i>	40
7 DMT.....	42
7.1 Definición DMT	42

7.2	Contexto Histórico	44
8	DMT CON MAYORES	47
8.1	Aportaciones de la DMT	47
8.2	DMT en senior cohousing.....	50
9	PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN <i>TRABENSOL</i>	50
9.1	Temas de estudio	50
9.2	Metodología	50
9.3	Fases	51
9.4	Proceso y tipo de sesiones.	51
9.5	Objetivos de la intervención	52
9.6	Material recopilado.....	54
9.7	Algunas consideraciones	55
9.8	Estructura	56
9.9	Técnicas usadas	57
10	EFFECTOS Y BENEFICIOS.....	61
10.1	Resultados y aportaciones.....	61
10.2	Temas destacables	67
10.2.1	Temas en movimiento	67
10.2.2	Calidad de vida.....	76
10.2.3	Comunicación y convivencia.....	78
11	DISCUSIÓN.....	83
11.1	Oportunidades y limitaciones	85
12	CONCLUSIÓN	86
13	ANEXOS.....	91
13.1	Anexo I. Cuestionario evaluación febrero	91

13.2	Anexo II. Cuestionario evaluación junio	93
13.3	Anexo III. Consentimiento informado	95
13.4	Anexo IV. Cuestionario febrero preguntas abiertas	98
13.5	Anexo V. Cuestionario junio preguntas abiertas.....	99
14	BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i>	Características del <i>cohousing</i>	15
<i>Figura 2.</i>	Red de <i>cohousing</i> en España	21
<i>Figura 3</i>	.Actividades en <i>Trabensol</i>	30
<i>Figura 4</i>	Sexo de los participantes	64
<i>Figura 5.</i>	Estado civil de los participantes	64
<i>Figura 6.</i>	Comparativa febrero-junio. Resultados ítems	65
<i>Figura 7.</i>	Encuestas. Preguntas abiertas febrero 2016	66
<i>Figura 8.</i>	Encuestas. Preguntas abiertas junio 2016	67

RESUMEN

El presente estudio se acerca a la Danza Movimiento Terapia (DMT) en uno de los movimientos sociales y culturales más interesantes de los últimos años: los *cohousing* o co-viviendas. Y concretamente, se tratará el caso específico y práctico de la experiencia de DMT en una comunidad de mayores, *Trabensol*, ubicada en el entorno rural de Torremocha del Jarama (Sierra Norte de Madrid). Un proyecto realizado como cooperativa y centro de convivencia de mayores, llamado también *senior cohousing*. Modelo que está llegando a nuestra sociedad y que apuesta por un envejecimiento activo, autogestión y calidad de vida.

Por otro lado, se revisará qué es la DMT, que aporta esta psicoterapia como herramienta en este periodo de la vida de los mayores, y analizaremos la experiencia del periodo de intervención de la autora de la tesina, durante las prácticas del 2015-2016 en *Trabensol*. Se aporta la información y material extraído con el objetivo de examinarla e investigar sobre los efectos y beneficios sobre esta comunidad, y los temas considerados destacables, tales como calidad de vida, bienestar personal y de la comunidad, y envejecimiento activo.

Partiendo de la experiencia de DMT con la población particular de la cooperativa se pretende contribuir a los estudios de DMT con mayores en el contexto social de una comunidad.

PALABRAS CLAVE O KEYWORDS

Danza movimiento terapia, mayores, envejecimiento activo, comunidad, cohousing, senior cohousing.

INTRODUCCIÓN

Los pliegues en la piel de un cuerpo mayor son el resultado de toda una vida. La vejez es la última etapa del desarrollo humano. El periodo final de este hermoso viaje.

En una sociedad y población mundial que envejece, considerada para la sociedad contemporánea occidental como un ciclo de decadencia en diferentes aspectos, hay una nueva corriente en los últimos años que está redefiniendo el concepto y transformando esta creencia sobre la vejez según nuevos criterios de pensamiento, como el envejecimiento activo y de calidad de vida, como posteriormente se analizará.

Es en este contexto de nuevos postulados sobre la vejez es donde aparecen las co-viviendas de mayores o *senior cohousing*, y donde empieza la historia de la autora del estudio. Con las prácticas de DMT en la comunidad de mayores *Trabensol*.

La primera vez que esta investigadora visitó *Trabensol*, tenía la sensación de estar entrando en una caja de sorpresas, y así fue. Tenía la imagen de aparecer en un universo propio dentro del entorno rural en el que se encontraba en la Sierra Norte de Madrid, en una pequeña sociedad, y visualizó capas de esa galaxia, cajas contenedoras una dentro de otra, como si de muñecas rusas se tratara.

- Caja 1: Los cuerpos habitados de los que se hallaban allí.
- Caja 2: La llamada *sala del silencio*. El espacio terapéutico donde se llevaron a cabo las sesiones de DMT, como lugar seguro y de confianza.
- Caja 3: El edificio contenedor de *Trabensol*. La caja grande *cohousing*, portadora de un espacio de convivencia donde compartir, vincularse y comunicarse. De una pequeña sociedad auto gestionada de mayores.
- Caja 4: Entorno y contexto rural de Torremocha del Jarama, Sierra de Madrid.
- Caja 5: Sociedad general.

La experiencia de la autora de este estudio con la DMT en esa caja de sorpresas, le llevó a querer investigar sobre el *cohousing*, el caso concreto de *Trabensol* y analizar la experiencia de intervención para extraer las aportaciones y efectos de la DMT en esta comunidad de mayores.

1 JUSTIFICACIÓN

Durante la realización del periodo de prácticas de DMT en 2015-2016, en una comunidad de mayores y co- vivienda, se me abrieron muchos interrogantes.

Por un lado, me preguntaba sobre opción libre y voluntaria de estos mayores que deciden auto gestionar sus vidas al margen de sus familias y hogares. Por otro lado, al observar la dificultad de co-crear, coordinar y convivir en una comunidad, me cuestionaba cómo podía gestionar un colectivo, en un marco de convivencia, los posibles desencuentros y las maneras de relacionarse y comunicarse. Por último, me asaltaba el interrogante vital sobre el recorrido de vida de sus habitantes, que apostaban por un envejecimiento activo, consciente y que caminaba hacia una etapa de pérdida progresiva de funcionalidad y el fin de la vida. Me preguntaba sobre otras maneras de envejecer y cómo, por opción propia, la comunidad lo decide hacer en un tejido social vinculante. ¿Cómo es la vejez en un *senior cohousing*? ¿Qué temas sobre el envejecimiento se darán y qué diferencias se podía hallar respecto a otras poblaciones de mayores?

El interés que se suscitó en mí la aportación de la DMT en este marco de convivencia y en los mayores que apostaban por un envejecimiento activo y digno, me llevó a investigar sobre el nuevo modelo *cohousing*, la vejez, DMT y mayores, y la experiencia de la DMT en este tipo de comunidad. ¿Qué puede aportar la DMT a los mayores? ¿Y como herramienta para el

envejecimiento? Y en el caso de un *cohousing*, ¿cómo es el impacto de la DMT en este contexto comunitario y como se pueden beneficiar?

2 OBJETIVOS

La autora se planteó como objetivo general el recoger la experiencia de intervención durante el periodo de prácticas 2015-2016 en un *cohousing*, para extraer las aportaciones y efectos de la DMT en una comunidad de mayores, así como sus posibles beneficios.

Como objetivos específicos de investigación:

1. Contribución de la DMT en la calidad de vida de personas mayores que cohabitan en el marco de un *cohousing*.
2. DMT como herramienta de comunicación, relación, cohesión y mejora de la convivencia en adultos mayores, en el contexto de un *cohousing*.
3. Contribución de la DMT a la salud y bienestar personal, así como el bienestar social de la comunidad.
4. DMT como vía para el autoconocimiento y conciencia del mayor en el periodo vital del envejecimiento, optimizando su proceso de aceptación.
5. DMT como herramienta para el envejecimiento activo.

3 METODOLOGÍA

Según le consta a la autora de este estudio, DMT en un *cohousing* es una temática de la cual no se ha realizado ninguna investigación. Por lo tanto, y al no tener referencias específicas, se ha introducido la siguiente metodología para llevar a cabo el estudio.

Al ser el modelo de *cohousing* un tema novedoso, se ha encontrado dificultad para poder tomar modelos bibliográficos orientativos en este ámbito, cogiendo referencias y fuentes de otros estudios realizados de DMT con mayores, pero no del modelo a tratar.

Para el estudio y análisis del material señalado, se ha recurrido a la revisión de fuentes bibliográficas y fuentes secundarias, a los datos cuantitativos y a las observaciones y anotaciones del *Diario de prácticas* (anotaciones personales que se han generado en el año de prácticas).

Se realizó un proyecto de intervención, con una serie de sesiones de DMT en prácticas en diferentes formatos y durante cuatro meses¹, en el que hubo otros materiales recopilados tales como escritos, dibujos realizados por los participantes, y material audiovisual de las sesiones.

Además, en la investigación se ha usado una metodología cualitativa, basada en cuestionarios creados específicamente para el estudio y que realizaron los usuarios que participaron en las sesiones de DMT, al comienzo (febrero 2016) y final (junio 2016) del periodo de intervención directa.

Con este método, se trataba de recoger la información y percepción de los usuarios antes y tras su experiencia de DMT, y realizar un análisis posterior en relación a los diferentes aspectos corporales, psíquicos, emocionales y cognitivos, así como recopilar los principales temas que se han dado.

Tal y como se adjunta en el modelo de encuestas del anexo², se usaron unos indicadores básicos, que se mantienen en ambos cuestionarios de febrero y junio, con una puntuación a rellenar valorable del 1 al 10 por los participantes.

¹ Ver cap.9 proyecto de intervención.

² Ver cuestionarios de febrero y junio en los anexos I y II.

Algunas consideraciones base que se tuvieron en cuenta para marcar los parámetros de los cuestionarios fueron:

- El perfil de las personas usuarias: edad, género y estado civil.
- Se ha tomado como modelo el estudio de DMT con mayores de Braüninger (2014b), el cual señala, según las encuestas realizadas a terapeutas que trabajan con esta población, una serie de ítems comunes en la intervención con mayores. Además, se han añadido otros puntos a valorar por el usuario que se han considerado ajustados al colectivo y comunidad tratada³.
- Hay otra parte del cuestionario de respuestas semi-estructuradas ante preguntas concretas.
- Y, por último, un espacio libre para las observaciones.

Estructuralmente, se ha organizado el estudio de la siguiente manera:

En una primera parte se decidió explorar el fenómeno del *cohousing* general, centrando la atención en los *senior cohousing*, centros de convivencia de mayores, y repasar la situación del caso español, y en el modelo concreto del centro de prácticas de *Trabensol*.

Por otro lado, ya que la población tratada era de mayores, se ha investigado sobre la vejez, prestando especial atención a algunos conceptos que se han considerado relevantes con el caso a tratar, como envejecimiento activo, comunicación, calidad de vida y la comunidad.

En una segunda parte, se revisa el concepto de la DMT general y, en concreto, su uso con los mayores. Posteriormente se recoge el proyecto de intervención y la experiencia de la DMT en la comunidad de *Trabensol*, con el análisis y estudio del material y observación extraído de

³ Para más detalle sobre los ítems de los cuestionarios ver explicación en cap. 10.1 Resultados y aportaciones.

los meses de práctica realizados en dicha entidad, evaluando el efecto de la DMT en esta población.

4 COHOUSING

4.1 Definición. ¿Qué es el *cohousing*?

El *cohousing* o co-vivienda, término importado del inglés, es un nuevo concepto que define un sistema de vivienda colaborativa, diseñado y gobernado por los propios residentes. Según Durrett (2015), *cohousing* es: “el nombre de un tipo de vivienda colaborativa que intenta superar la alienación producida por la compartimentación de la vivienda actual, en la que nadie conoce a sus vecinos y en la que no existe ningún sentido de la comunidad ” (p.32). Es el nombre con el que internacionalmente se designa a las experiencias de vida compartida o comunidades autogestionadas de vecinos.

Hay un modelo base tomado de Durrett ⁴, pero cada *cohousing* tiene sus normas y condiciones propias que establecen los residentes en función de sus objetivos y de sus circunstancias. En líneas generales, poseen una filosofía en la que destacan principios como cooperación, participación, espíritu vecinal e independencia. Es todo un ejercicio consciente y de compromiso de vida.

Varios autores (Durrett 2009; López y Estrada 2016) coinciden en que la aparición de este fenómeno es la consecuencia de una serie de cambios sociales, demográficos y económicos

⁴El modelo de Durrett establece los pasos guía y características para desarrollar proyectos de *cohousing*, basados en su experiencia de aplicación americana. Es el manual de referencia y base del movimiento *cohousing* en España: Durrett, C. (2009). *The senior cohousing handbook: A community approach to independent living* (2nd Ed.) Traducido en *Manual del senior cohousing, autonomía personal a través de la comunidad*. 1ed. Asociación Jubilares (2015)

que se han desarrollado en los últimos años y que buscan solventar una serie de necesidades reales en comunidades.

Una co-vivienda o *cohousing* creada específicamente para atender a las necesidades de los mayores, se denomina *senior cohousing*. Son comunidades autopromovidas y autogestionadas por personas mayores que diseñan de forma participativa cómo quieren vivir (Durrett, 2009). El resultado es una mayor autonomía personal, precisamente gracias a la comunidad.

El *cohousing* es un movimiento amplio y cada lugar tiene sus peculiaridades. Se están creando en diferentes países y articulándose en conexiones que pueden considerarse también parte de un movimiento social, porque se relacionan a partir de redes de colaboración nacional e internacional⁵ (Durante ,2011; López y Estrada, 2016).

En Europa, nuevas regulaciones del Consejo Europeo y el Parlamento Europeo incluyen referencias al apoyo de la transición de cuidados institucionales a otros basados en la comunidad, (Durrett, 2009) corroborando el papel futuro que van a desempeñar los *cohousing*.

Blanchard (2013) señala que la opción de morir en casa, con amigos, familiares, y vecinos que proporcionen apoyo y soporte en este periodo de la vida, está siendo un éxito como alternativa a las que se consideran las tres plagas de las residencias geriátricas: soledad, impotencia y aburrimiento. La misma autora opina que el aspecto social de la falta de interacción y aislamiento que tienen muchos mayores es uno de los estigmas de esta sociedad. La esperanza de mucha gente mayor es, tanto en una gran institución como en su propia casa, evitar la soledad y abandono, y mantener su dignidad y autodeterminación.

⁵ Algunas de las webs de red internacional son <https://blog.jubilares.es/tag/cohousing/> (España) <http://www.kollektivhus.nu> (Suecia), [cohousing.org.uk](http://www.cohousing.org.uk) (Reino Unido), <http://www.cohousing.org> (EEUU), <http://www.lvgo.nl> (Países Bajos).

El *cohousing*, en opinión de la autora del estudio, da solución a ese problema. Es una apuesta y un cambio de paradigma respecto a las residencias de mayores, apostando por la desinstitucionalización, y atendiendo a los cambios sociales y familiares del s. XXI. Aparece así una nueva opción de vida comunitaria que conjuga la vida privada y vida pública, sin olvidar la importancia de la conexión con el exterior y el contexto de la sociedad que le rodea. En resumen, en palabras de Durrett (2009), asistimos a la creación de: “un vecindario que satisface sus propias necesidades desde diferentes puntos de vista: económico, físico, social, práctico y emocional “(p. 351).

Hay una serie de características comunes de las comunidades para ser consideradas como *cohousing* (Durrett, 2009):

Características del <i>cohousing</i>
1. Métodos participativos
2. Diseño orientado a la comunidad
3. Zonas comunes amplias
4. Autogestión completa
5. Estructura no jerárquica
6. Independencia económica

Figura 1. Características del *cohousing*

Fuente: ⁶ Elaboración propia.

⁶ Datos extraídos de: Durrett, C. (2009). *The senior cohousing handbook: A community approach to independent living* (2nd Ed.) Traducido en *Manual del senior cohousing, autonomía personal a través de la comunidad*. 1ed. Asociación Jubilares (2015)

En los objetivos de intervención del estudio presente, se tuvieron que tener en cuenta estas bases de funcionamiento a la hora de establecer prioridades y comprender posibles necesidades de la población a tratar:

1. Métodos participativos.

La participación, en todo lo que atañe a la gestión del espacio y de las actividades en él desarrolladas, es el componente básico de este tipo de comunidades autogestionadas. Todas las personas colaboran en la medida de sus capacidades y en función de sus propias necesidades en la búsqueda, diseño, creación, gestión y planificación de las viviendas, espacios comunes y servicios que desean compartir. Se desarrollan proyectos orientados igualmente a favorecer su inserción y la dinamización social del pueblo o barrio donde estén implantados⁷.

Para el desarrollo de las sesiones de DMT se tuvo en cuenta la importancia de la cohesión del grupo por cómo contribuía decisivamente a su buen funcionamiento, así como la relevancia de establecer vínculos y dinámicas de participación.

2. Diseño orientado a la comunidad y la inclusión en ella de los participantes.

En los *cohousing*, los diseños son elegidos por los miembros. Los espacios abiertos son de vital importancia y constituyen una característica común a este tipo de proyectos. Se propone un equilibrio entre espacios privados y amplias zonas públicas comunes que favorecen la socialización.

⁷ Atención especial merecen las consecuencias y modificaciones sociales del entorno cuando se crea un *cohousing*. Para más datos visitar la web de Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP). Fuente <http://www.mayoresudp.org/jornada-vida-activa-vida-en-comun-cohousing-senior-una-alternativa>

A la hora de diseñar estas construcciones de nueva planta, es común tener en cuenta una arquitectura basada en la ecología y sostenibilidad.⁸

3. Autogestión completa e independencia económica.

Como se ha comentado anteriormente, la capacidad de decisión de los co-participantes es una de sus máximas en la independencia y autonomía. Bamdford (2005) menciona: “Ellas y ellos quieren elegir sus condiciones de vida antes de que se vuelvan tan frágiles que tengan que dejar a otras personas elegir por ellos” (p.8). Estos mayores no quieren generar cargas familiares, ni quieren ir a residencias. Quieren estar en sus casas, participar de una comunidad y decidir por ellos mismos.

4. Estructura no jerárquica.

Cada *cohousing* tiene su modo de operar pero, en el caso de *Trabensol*, se organizan por comisiones, asambleas y con un consejo rector, aparte de la presidenta de la cooperativa. Además, hay una contratación externa de una gerente para la gestión administrativa. Se tuvo que tener en cuenta esta organización interna a la hora de solicitar la propuesta de práctica, que tuvo que ser aprobada por una asamblea y por la comunidad, así como el planteamiento abierto de intervención, expuesto en reuniones y charlas abiertas a todo el colectivo, y dirigidas a aquellos que deseaban participar y colaborar.

Con este breve panorama, se resalta y rescata la idea de que los mayores crean y generan entre ellos un sistema de autogestión que se adapte a sus necesidades. El apoyo y la red son la clave de estos centros de convivencia, que buscan su bienestar, mejora de calidad de vida y maximizar sus potenciales ante un envejecimiento activo, en sus casas

⁸ Se están generando numerosos proyectos de arquitectura especializados en el movimiento *cohousing*, tales como *Ecohousing* <http://ecohousing.es/red-cohousing> (quienes realizaron el proyecto de *Trabensol*).

independientes y en su comunidad. Y, por supuesto, no podemos olvidar que como movimiento social en auge, es también una respuesta crítica a las políticas de envejecimiento en el hogar (Blanchard, 2013).

Sin embargo, la autora del estudio considera que no hay que olvidar la dificultad que conlleva un proyecto innovador y experimental, que se construye cada día ante los imprevistos de diversa índole, y que también tiene que lidiar con el estrés o tensión que pueden generar los conflictos de gestión, acuerdos, toma de decisiones y la convivencia.

Envejecer en el lugar elegido por uno mismo y en compañía es toda una labor.

4.2 Senior cohousing y el caso de España

El movimiento internacional *cohousing* se inicia en Dinamarca con las viviendas colaborativas en los años 70 y se extiende a otros países del norte de Europa como Suecia, Alemania u Holanda. En los 90, el arquitecto Durrett ⁹exporta el modelo a los Estados Unidos donde tienen una gran aceptación.

Como luego se analizará con más detalle, según Naciones Unidas, entre otros organismos, el aumento de la población mayor y el envejecimiento mundial es alarmante¹⁰. Por lo tanto, las estructuras sociales y las políticas tendrán que buscar nuevas soluciones ante este problema.

El caso español en relación al envejecimiento de la población es uno de los más graves dentro del continente europeo. Según fuente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas

⁹ El primer libro editado sobre el tema de los *cohousing* y cuyo modelo se exporta a los EEUU es: McCamant, K.; Durrett, C. (1988) *Cohousing : A Contemporary Approach to Housing Ourselves* y , posteriormente, Durrett (2009) *senior cohousing Handbook: A Community Approach to Independent Living*

¹⁰ Datos del Naciones Unidas, a escala mundial, la proporción de personas mayores (de 60 años o edad superior) aumentó del 9 % en 1994 al 12 % en 2015, y se espera que alcance el 21 % en 2050 (Fuente: Naciones Unidas, http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)

(CSIC, 2017)¹¹, se prevé un cambio próximo en el que 1 de cada 5 personas será mayor de 65. Las personas podrían estar activas hasta los 90 años por el aumento de la esperanza de vida y, por primera vez en muchos años, en 2015 ha sido mayor el número de defunciones que el de nacimientos, comenzando su descenso poblacional. El escenario que se plantea es tan dramático que España, según los datos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017)¹², perdería en 2066 hasta 5,4 millones de habitantes de los 46,5 millones actuales, equivalente al 11%.

Datos estadísticos del INE¹³ dan un panorama de la situación: España sigue su proceso de envejecimiento y a 1 de enero de 2016 hay 8.657.705 personas mayores (65 y más años), un 18,4% sobre el total de la población (46.557.008). Y en 2061 habrá más de 16 millones de personas de edad mayor o igual a 65 años (38,7% del total).

Otro dato alarmante de la misma fuente es que el ratio de apoyo familiar (número de personas de 80 y más años por cada 100 de 45 a 64 años) ha ido aumentando progresivamente en los últimos años y se estima que seguirá haciéndolo, de manera que cada vez serán menores los recursos familiares disponibles para apoyar a una cifra tan alta de mayores.

España sigue, pues, su avance en el proceso de envejecimiento. Mientras, la opción del *cohousing* está teniendo un gran impulso y llega cargada de valores revitalizantes por las necesidades sociales mencionadas como el envejecimiento poblacional, un deseo de mayor autonomía, toma de decisiones y la participación o la búsqueda de seguridad.

En España, el camino del *cohousing* comienza su andadura hace escasos veinte años, sin conocer el ejemplo danés pero con trayectorias de experiencia colaborativa, rescatando así el

¹¹ Fuente CSIC (2017) <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>

¹² Fuente CSIC (2017) <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>

¹³ Fuente CSIC (2017) <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>

concepto tradicional de los pueblos en el siglo XXI y buscando una solución en conjunto a la realidad contemporánea que se estaba dando con los mayores.

Según el estudio realizado por López y Estrada (2016), el modelo parece que está avanzando en la sociedad española. Un estudio de abril de 2015 de UPD¹⁴ refleja el interés que esta propuesta ha despertado en la población de más de 65 años de España. Según este estudio, más de 3 millones estarían dispuestas a vivir en una comunidad de viviendas colaborativas.

Parece, pues, que está cambiando la propia percepción de futuro de las personas mayores y los parámetros del apoyo familiar que primaban hasta ahora. La consecuencia, como menciona Durret (2009), es “el cambio desde una concepción como seres vulnerables atendidos por su familias, hacia un modelo en que quieren vivir de forma lo más autónoma posible, e implicados en una vida comunitaria” (p.382).

En la actualidad, en España existen diversas iniciativas que se crearon como cooperativa de cesión de uso, para personas mayores, y que son diferentes entre sí. Varios autores (López y Estrada, 2016; Durret, 2009): señalan *Santa Clara* en Málaga (1990-2000), *Trabensol* en Torremocha del Jarama (2000-2013) y *Profuturo*, en Valladolid (2002-2012) como pioneras. En los últimos años (y más aún, meses) han surgido otros nuevos, modelos cooperativos de viviendas y empresas o grupos de arquitectos que asesoran.¹⁵ Se está generando, pues, un mapa de cooperativas que va creciendo.¹⁶

¹⁴ Estudio disponible en la web UPD Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España *El cohousing (Viviendas Colaborativas) y personas mayores*. <http://www.mayoresudp.org/wpcontent/uploads/2014/09/El-cohousing-y-las-personas-mayores-abril-2015.pdf>

¹⁵ Fuente López y Estrada (2016), nombran en su artículo una amplio listado de portales con experiencias, modelos, cooperativas, empresas que asesoran etc.

¹⁶ Para más datos visitar el mapa de vivienda colaborativa en España y a nivel mundial en la web Ecohousing. Fuente <http://ecohousing.es/red-cohousing/mapa-cohousing-vivienda-colaborativa-en-espana/>

Adjuntamos a continuación¹⁷ un listado de la red *cohousing* que hay actualmente en España:

RED DE COHOUSING EN ESPAÑA
<u>Residencial Santa Clara (Málaga)</u>
<u>Residencial Puerto de la Luz (Málaga)</u>
<u>Profuturo (Valladolid)</u>
<u>Convivir (Horcajo de Santiago, Cuenca)</u>
<u>Centro de Convivencia Cooperativo (Tres Cantos, Madrid)</u>
<u>Brisa del Cantábrico (San Miguel de Meruelo, Cantabria)</u>
<u>E- cohousing (Madrid)</u>
<u>La Muralleta (El Vendrell, Tarragona)</u>
<u>Sol Dorado (Zalea, Málaga)</u>
<u>Residencia de Mayores Fuente de la Peña (Jaén)</u>
<u>Trabensol</u> (Torremocha del Jarama, Madrid)

Figura 2 Red de *cohousing* en España

Fuente: Elaboración propia¹⁸

¹⁷ Figura 2.

¹⁸ Información extraída de la web de *Trabensol*: <http://trabensol.org/>. Consultada el 20/01/2017

5 SOBRE *TRABENSOL*. LA COOPERATIVA

Trabensol (Trabajadores en Solidaridad) es una cooperativa de mayores situada en el entorno rural de Torremocha del Jarama (Madrid) y el lugar donde la autora del estudio realizó las prácticas del Máster en Danza Movimiento Terapia (UAB) en el curso 2015-2016.

La cooperativa emergió de dos núcleos bases de militantes en Moratalaz y Vallecas, acostumbrados en su historia de vida de gran activismo, al asociacionismo, la cooperación y los movimientos sociales. Es muy destacable en ellos su experiencia y gran capacidad organizativa asamblearia, así como su continua reflexión sobre la comunidad, la convivencia y el colectivo.

Comenzaron su andadura visionaria y trabajo a finales de los 90. Tras largos años de búsqueda, de reuniones y de mucho trabajo, finalmente se inauguró el Centro de convivencia de mayores *Trabensol* en el año 2013, considerándose el segundo ejemplo que se crea con este concepto en España, con todo el carácter experimental que esto conlleva para los propios residentes. Hoy es un centro de referencia para muchas de las personas mayores interesadas en el *cohousing* e inspira a otros modelos en formación.

Actualmente lo habitan 84 mayores, de 62 a 83 años, con una media de edad de 73 y un equilibrio asombroso de aproximadamente mitad hombres, mitad mujeres, mitad en apartamentos individuales, mitad en pareja. Una mini sociedad plural, a día de hoy, con un elevado número de gente autosuficiente.

El complejo está circundando por un huerto de 10.000 m², tranquilos patios y jardines, alrededor de los cuales se encuentran las cincuenta y cuatro viviendas de los afiliados.

Apartamentos sencillos e iguales con 50 m² repartidos entre una cocina americana, un salón, una habitación, un baño geriátrico y una terraza.

Sus instalaciones están diseñadas y adaptadas a sus características personales, preparadas para armonizar la vida en común con la vida independiente, con zonas comunes y privadas. Un edificio bioclimático, geotérmico, con poco impacto medioambiental y de poco consumo energético, diseñado específicamente para envejecer en el lugar con la mayor calidad posible.

Como cada proyecto *cohousing*, poseen su propio Manifiesto¹⁹ que incluye los valores del proyecto social. En *Trabensol* se fundamentan básicamente en los siguientes principios: convivencia e independencia, atención adecuada, sostenibilidad, vida satisfactoria y envejecimiento activo. Muchos de estos mayores señalan en múltiples conversaciones que no querían envejecer en las instituciones donde habían visto a otros mayores morir o cómo habían tenido que cuidar ellos a sus padres y apostaban por un estilo de vida activo en el que pudieran apoyarse en su vejez, colaborar, convivir y sostenerse entre ellos. Una manera de crear una comunidad guiada por el respeto y la reflexión sobre la independencia y nuestra interconexión con la red de la vida (Abraham ,2009).

Tal y como menciona López y Estrada (2016), hay una serie de cuestiones que quedan pendientes ya que definen sus viviendas en términos de convivencia más que de servicios: gestionar herramientas que permitan también la autogestión de la salud y los cuidados, la Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP), un modelo que se basa en la autonomía personal y en la decisión sobre la propia salud.

¹⁹ Líneas básicas de la cooperativa y manifiesto, disponibles en la web de *Trabensol* . Fuente <http://Trabensol.org/wp-content/uploads/2013/03/lineas-basicas.pdf>

Danza Movimiento Terapia en una comunidad de mayores

Dentro de la caja de *Trabensol* prima la voluntad y deseo propio de formar un hogar de convivencia auto gestionado, de una “gran familia” para sus últimos años. “Esto en vez de una relación de amor entre dos, es entre 80”, menciona una usuaria (Diario de prácticas, 15 octubre 2015).

Tendríamos pues que hablar de una comunidad y una población de mayores que probablemente escape al concepto que se pueda tener de vejez en nuestra sociedad, asociado en muchos casos a la fecha de jubilación y dependencia, así como lugares de envejecimiento tales como centros o residencias geriátricas.

Otro punto interesante a destacar es la cantidad de actividades que se realizan en la cooperativa de *Trabensol*, a las que más adelante se hará referencia²⁰. Unas abiertas al pueblo, centro cultural o biblioteca, y otras sólo para residentes e invitados. Cualquier residente que tenga una afición puede organizar una actividad para todos, bajo aprobación asamblearia. En esa marea de actividades de diversa índole, deportivas, culturales, sociales y lúdicas, aparecerá la DMT durante un año de prácticas.

Como dato a tener en cuenta, se señala que durante el periodo de prácticas realizado no hubo un equipo de profesionales en *Trabensol* con el que poder gestionar o colaborar en el estudio y sesiones, ya que es la propia cooperativa la que autogestiona y la contratación externa es mínima. El nexo de unión con *Trabensol* fue directamente a través de los cooperativistas y la tutorización de una psicóloga que formaba parte de la comunidad y convivía en el centro.

²⁰ Ver cap. 5.1.2 Actividades en un *cohousing*

5.1 Algunos conceptos a señalar en el nuevo modelo

5.1.1 Comunidad

El concepto de comunidad en un centro de convivencia de mayores o *cohousing* es el pilar base sobre el que se fundamenta este hogar. La RAE²¹ lo define como “cualidad de común (que pertenece o se extiende a varios), y/o conjunto de personas vinculadas por características o intereses comunes.”

Como señala Izaola (2012), aunque se tiende a pensar que la comunidad queda definida sólo por las creencias compartidas por un grupo de personas, una definición más amplia puede ser incluir su lugar compartido: “comunidad es un grupo de personas que ocupan un territorio común en el que establecen de manera participada sus reglas y costumbres” (Spreitzer, 1992, citado en Izaola, 2012).

Desarrollar una iniciativa de vivienda colaborativa, *cohousing*, implica un desarrollo de la comunidad a partir de un trabajo de inteligencia colectiva, y por ello se emplean en realizar talleres y formación de grupo (Durrett, 2009; Izaola, 2012; López y Estrada, 2016). Se trabaja, desde el origen del proyecto, para crear una agrupación de mayores en función de vínculos, valores y el interés en común de gestar y alimentar un sentimiento comunitario con un objetivo unísono: envejecer juntos.

Este colectivo crea un espacio de convivencia, cooperativo, de socialización y soporte mutuo, organizado y gestionado por los propios residentes y pensado para sus propias necesidades. Crear, como indica Izaola (2012), una vivienda colaborativa que facilita el sentido de comunidad de sus residentes, mediante redes de apoyo mutuo.

²¹ Fuente RAE (2017) <http://dle.rae.es/?id=A5NKSv>

El ser humano es un ser social y, para Durret (2009), “a medida que envejecemos y notamos cambios físicos, mentales y/o emocionales, nos corresponde encontrar formas de conectarnos, de envejecer juntos” (p.150). El autor afirma que una implicación sana y continua con los otros nos permite ser más humanos, abrazar nuestra humanidad, incluyendo el envejecimiento, con otro que está en el mismo proceso. Acompañarnos en el proceso y vivir en comunidad ayuda a envejecer mejor en muchos niveles. Desarrollar ese sentimiento de comunidad, de interdependencia e interacción social ataca directamente, para Durret (2009), a: “las llamadas tres plagas del envejecimiento identificadas por Thomas: soledad, aburrimiento e impotencia” (p.62).

Ante la problemática de la soledad, señalada por varios autores (Ernst y Cacciopo, Jylha, Pennix, Rubio Herrera, citado en Rubio, 2004) como uno de los grandes problemas de los mayores junto con la dependencia y la pérdida de memoria, la opción del *senior cohousing* constituye una verdadera alternativa a la soledad. La comunidad arropa ese sentimiento asociado en mayor medida a los mayores. De hecho, un estudio²² del 2015 de UPD y Simple Lógica aventura que las personas mayores ven muy poco o nada probable vivir en una residencia, donde sí se sentirían solos.

Durret (2009) cita: “hoy, cuando la soledad de las personas mayores empieza a ser en nuestras latitudes un verdadero problema de estado, vivimos en un deseo de regreso a ‘lo bueno’ de la aldea” (p. 384).

Estos *cohousing*, en cambio, parece que si dan solución a un problema de soledad no deseada y aislamiento. De hecho, en las sesiones de DMT realizadas apareció como una dificultad que la gran mayoría había resuelto al formar parte del centro de convivencia: “No sabes lo duro

²² Fuente : <https://jubilares.files.wordpress.com/2015/05/el-cohousing-y-las-personas-mayores-abril-2015.pdf>

que era antes comer siempre sola y ahora como todos los días acompañada” (Diario de prácticas, 24 enero 2016).

En comparativa con y como alternativa a las residencias geriátricas, este colectivo cambia el concepto de *cuidar a*, por *cuidar con*. De paciente a cooperativista, a miembro de una comunidad que convive solidariamente y se articula entre la delicada combinación del grupo y el ser individual.

El objetivo es el de mantenerse emocionalmente sano mediante la comunidad. Durret (2009) resalta la importancia de permanecer “conectado”. Frente a la depresión de los institucionalizados, la red social es considerada una clave para la longevidad, el sentimiento de pertenencia, de cuidar y ser cuidado, aporta salud.

Según Durret (2009), la revista *American psychologist* menciona que la estructura de nuestra propia red social, el soporte que recibimos de los demás, la calidad y cantidad de nuestra interacciones sociales, y nuestros sentimientos de aislamiento y soledad están considerados como indicadores de nuestra salud y bienestar.

Es inevitable enlazar este modelo sociológico con la idea de las comunidades primitivas del pasado, que ejercían de sostén social. El *cohousing* aporta un soporte comunitario de hogares exteriores que se habían perdido. “(..)Es un movimiento que crece sobre las raíces de la insatisfacción de la gente con las opciones residenciales existentes” (Durret 2009, p. 15).

Para López y Estrada (2016), además, hay un cambio de paradigma ya que este movimiento social de vivienda colaborativa cuestiona ética y moralmente los clásicos “centros geriátricos” al uso.

Al mismo tiempo, las ciudades que acogen estas comunidades, se hacen partícipes de esta co-vivienda. En el caso de *Trabensol*, están implicados en la pequeña localidad de Torremocha del Jarama, donde han cambiado su censo demográfico, su nivel de participación es muy alto, han abierto sus actividades a la gente del pueblo e incluso hay uno de los cooperativistas que se ha hecho concejal. Según el estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), las ciudades y lugares amigables deberían facilitar en envejecimiento activo promoviendo su participación y elección de estilo de vida, protegiendo a las personas vulnerables y promoviendo su inclusión en la sociedad de la que forman parte.

Uno de los planteamientos que se revisaron a la hora de fijar objetivos de la intervención y sesiones de DMT fue el del sentimiento de comunidad, es decir, tener en cuenta el nivel de participación y de los vínculos. Se planteó como un objetivo prioritario trabajar el concepto de grupo, la unión, desde el cuerpo y el movimiento, y poder facilitar los procesos de comunicación no verbales entre los cooperativistas. Por otro lado, la importancia de las relaciones en esta red, con un sentimiento de pertenencia que tendría que lidiar también la toma de acuerdos y con las frustraciones o desencuentros del día a día, era al mismo tiempo un tema delicado. Una psicoterapia con un grupo de convivencia no parecía tarea fácil.

5.1.2 Actividades en un *cohousing*

En este tipo de comunidades, tal y como se ha mencionado, se dedican una gran parte de los espacios, tanto físicos como temporales, al desarrollo de actividades de todo tipo.

Cammany (2005) afirma:

Al senescente le preocupa fundamentalmente su seguridad, psíquica, física, económica y social, su proyección presente y el quehacer cotidiano, así como orientar su ocio y tiempo libre, para no tener necesidad de “matar el tiempo”, como forma pasiva de prolongar su existencia (p.276).

El aburrimiento parece no tener lugar en estos centros. En el caso de *Trabensol*, hay un amplio abanico de espacios de dinamización. Algunos son por iniciativa o contratación privada, por ofrecimiento de alguno de los cooperativistas (se da mucho el intercambio de saberes y aficiones) y otros organizados por el propio centro. Actividades de participación, pero también de formación o incluso de voluntariado, que eligen libremente.

Algunas de las dificultades que se encontraron a la hora de realizar las sesiones de DMT fueron precisamente los pocos espacios disponibles, por la gran cantidad de actividades que había programadas cada día y la posible saturación de actividad de algunos cooperativistas.

En la relación de actividades de *Trabensol*, que se adjunta a continuación²³, no se incluyen ni los eventos, ni aquellas otras actividades que se celebran en el centro con carácter extraordinario, ni de iniciativa privada (que siempre tiene que ser aceptadas por la comisión) o aquellas que realizan en otras instalaciones del pueblo.

Además de las actividades de la figura 3, se desarrollaban otras tales como talleres de memoria, de duelo, de inteligencia emocional, fisioterapia, acupuntura, gimnasia en agua, actividades deportivas como bádminton, tenis de mesa, etc.

Asimismo, se observó que tenían gran cantidad de actividades relacionadas con los siguientes aspectos: cognitivo (taller de memoria, o estimulación psico-cognitiva), con lo psíquico (taller de duelo), con lo físico (pilates, yoga, etc), con lo creativo (pintura, taller de ikebanas, teatro, etc.) y con lo emocional (taller de educación emocional). La autora de esta investigación considera que la DMT, como veremos más adelante, puede trabajar en los diferentes aspectos mencionados y aunar en un solo campo más holístico lo que otras disciplinas abordaban de manera individual.

²³ Figura 3. Actividades en *Trabensol*

Danza Movimiento Terapia en una comunidad de mayores

ACTIVIDADES ORDINARIAS EN TRABENSOL. MAÑANAS.							
Horario	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
8:30	8:30 a 9:30 Marcha nórdica	8:30 a 9:30 Marcha nórdica	8:30 a 9:30 Marcha nórdica	8:30 a 9:30 Marcha nórdica	8:30 a 9:30 Marcha nórdica	8:30 a 9:30 Marcha nórdica	8:30 a 9:30 Marcha nórdica
9:00							
9:30	9:35 a 10:00 Chikung	9:35 a 10:00 Chikung	9:35 a 10:00 Chikung	9:35 a 10:00 Chikung	9:35 a 10:00 Chikung	9:35 a 10:00 Chikung	
10:00							
10:30							
11:00							
11:30							
11:00	11:00-12:00 (Alternativo) Tenis de mesa	10:30 a 11:30 Estimulación sicosocognitiva	11:30 a 12:30 Pilates (Ayuntamiento)				
11:30							
12:00		11:30 12:30 Pilates (Ayunt.)					
12:30	12:00-13:30 Taller de memoria			12:00 a 13:30 Teatro leído		12:00-13:45 Taller de pintura	
13:00							

ACTIVIDADES ORDINARIAS EN TRABENSOL. TARDES.							
Horario	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
16:00			16:00-17:00 (desde 13 Enero) Ajedrez infantil				
16:30							
17:00	17:00-17:30 Medit. Silencio	17:00-18:00 Chikung	17:00-18:00 Chikung	17:30-18:30 Medit. en silencio	17:30 a 18:30 Meditación en silencio	(2º sábado del mes) 17:00 a 18:00 Propuestas saludables	
17:30							
18:00	17:45 a 19:00 Yoga (Ayuntamiento)	(3º martes) 18:00-19:30 Audición Música Clásica		17:45 a 19:00 Yoga (Ayuntamiento)			
18:30							
19:00							
19:30	(Alternativo) 19:30 a 21:00 Tertulia del lunes		(2º miérc.) 19:00-20:30 Memoria Viva UNIPÓSIBLE	(4º miérc.) 19:00-20:30 Mercado Social UNIPÓSIBLE	19:30 a 20:30 Danzas del mundo		19:00-21:00 Cine
20:00							
20:30			http://uniposible.es/aulas/				

Figura 3. Actividades en Trabensol

Fuente: web Trabensol ²⁴

²⁴ Fuente de actividades recopilada de la web Trabensol [http:// Trabensol.org/actividades-ordinarias-en-Trabensol-2/](http://Trabensol.org/actividades-ordinarias-en-Trabensol-2/)). Consultada el 15 enero 2017

6 VEJEZ

6.1 Definición. Conceptos generales

¿Qué es la vejez y cómo envejecemos? Aristóteles denominaba *Eugeria* a este periodo de la vida y la concebía como una etapa de oportunidad, de sabiduría y conocimiento (Fernández-Ballesteros, 2011).

Para Fernández-Ballesteros (2011), “tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinarios en el sentido en el que el individuo humano es un ente bio-psico-social” (p.28).

El avance de la edad es un factor indiscutible en el desarrollo vital. Durret (2009) señala que empezamos a envejecer a los 28 años, edad considerada como cima psicológica, y que es un hecho del ciclo de la vida, pero no es sinónimo de enfermedad, como parece que la sociedad en ocasiones estigma, sino un proceso de transformación en el que existe una extraordinaria variabilidad en las formas de envejecer que tienen los seres humanos, formas en las que influye multiplicidad de factores tales como biológicos, psicológicos y socio-ambientales.

Según Fernández-Ballesteros (2011), tenemos que distinguir entre envejecimiento primario (aquel ligado a la edad) y secundario (aquel ligado a la enfermedad). Esta autora cita al respecto que hay un nuevo enfoque:

(...) basado en tres importantes fuentes incuestionables de evidencia empírica procedentes del ámbito etnográfico, antropológico, histórico, biomédico, psicológico y socio-cultural (entre otros): 1) que a lo largo de la historia de la especie, ha existido y existe una mejora constante de los parámetros biofísicos, comportamentales y sociales; 2) que pueden ser identificadas formas muy diversas, heterogéneas, de envejecer (es decir, que la varianza de cualquier parámetro de envejecimiento es muy alta), y 3) que existe una importante capacidad de cambio y plasticidad a lo largo de la vida del individuo, también en la vejez, lo cual se expresa no solo en la

capacidad de llevar al máximo las propias capacidades sino, también, de compensar los déficit (p.3).

Es evidente, pues, que hay casi tantas formas de envejecer como maneras de pensar, de sentir, de vivir; tantas como seres únicos.

6.2 Aspectos biológicos, sociológicos, psicológicos.

Cammany (2005) diferencia claramente los siguientes conceptos del envejecimiento: vejez, envejecimiento, vejez social, edad cronológica, edad biológica y edad psicológica. También señala que, en nuestra sociedad, el mayor pierde los tres poderes: de prestigio y autoridad, económico y de referencia. La autora añade que, para entender el concepto de vejez, habría que mirar sus distintos ámbitos biológico, psicológico y sociocultural. Al estudiar los aspectos sociológicos de la vejez, advierte que hay numerosos estudios en el campo de la salud que explican la influencia de los factores sociales y culturales. La pérdida de espacio vital parece ser un determinante.

En el proceso de envejecimiento hay una serie de alteraciones y cambios morfológicos y funcionales, disminuyen algunas capacidades, hay variaciones y alteraciones sensoriales, etc. Como dice Cammany (2005), al envejecer se trata de retardar al máximo las consecuencias negativas de la pérdida de función.

Según Cammany (2005), el envejecimiento es un proceso psico-biológico con pérdida de función progresiva e irreversible. Es intraindividual, heterogéneo, asincrónico y acumulativo, traducéndose progresivamente en hipo-funcionalidad, fragilidad y predisposición a una

reducción de homeostasis, aumento del catabolismo sobre el anabolismo y a la pérdida de autonomía, capacidad adaptativa o independencia.

El proceso de envejecimiento es el resultado de una multitud de factores endógenos y exógenos. Se consideran factores endógenos: género, etnia, herencia de longevidad de cada individuo. Y, como factores exógenos, destacan los que tienen un gran protagonismo en el descenso de la esperanza de vida tales como la obesidad, la falta de higiene y los hábitos tóxicos (Cammany, 2005).

El envejecimiento patológico empieza cuando las variables homeostáticas del cuerpo llegan a un punto de fragilidad o riesgo, en el que la enfermedad es el paso inmediato posterior.

Para Hildebrand (1982), se consideran las mayores dificultades psicológicas en la última etapa de la vida y vejez, las siguientes:

- Miedo a la disminución o pérdida de la potencia sexual.
- Amenaza de redundancia en los roles de trabajo, siendo reemplazado por gente más joven.
- La necesidad de reconsiderar y tal vez rehacer la relación marital después de que los niños se han ido.
- Conciencia del propio envejecimiento, enfermedad y posible dependencia.
- Conciencia de que lo que se puede lograr ahora es limitado.
- La sensación de haber fracasado como padre.
- Pérdida de pareja y de intimidad.
- La propia muerte, en términos de pérdida narcisista y dolor.

Según la OMS (2012), hay una serie de factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva (por ejemplo, la capacidad de resolver problemas y adaptarse a los

cambios y a las pérdidas) que son potentes predictores del envejecimiento activo y la longevidad (Smits, 1999, citado en OMS 2012).

Durante el envejecimiento, algunas capacidades cognitivas (como la velocidad de aprendizaje y la memoria) disminuyen de forma natural. Centrándonos en los aspectos psicológicos, parece ser que la memoria, tal y como señala Cammany (2005), es una de las primeras afectadas y por ende, una de las que más preocupa a los mayores (en este estudio también apareció).

Sin embargo, estas pérdidas de capacidades cognitivas pueden compensarse por un incremento de la sabiduría, los conocimientos y la experiencia. A menudo, el declive del rendimiento cognoscitivo se desencadena por el desuso, la enfermedad, los factores conductuales, los factores psicológicos (falta de motivación, bajas expectativas y falta de confianza) y los factores sociales (soledad y aislamiento) más que por el envejecimiento *per se* (OMS, 2002).

Otros factores psicológicos que se adquieren a lo largo del curso vital influyen en gran medida en la forma en que las personas envejecen. La autoeficacia (la fe sobre la capacidad para ejercer el control de sus vidas) está vinculada a las decisiones de conducta personal a medida que se envejece y a la preparación para la jubilación. La manera de enfrentarse con las circunstancias adversas determina lo bien que las personas se adaptan a las transiciones (como la jubilación) y las crisis del envejecimiento (como la pérdida de un ser querido y la aparición de enfermedades).

Tras los meses de observación en el lugar de prácticas, se considera que hay cierta dificultad en la adaptación y aceptación a los cambios y alteraciones de esta etapa. La capacidad de

resiliencia parece un tema clave y la DMT puede ayudar en este aspecto a la toma de conciencia, como se tratará más adelante.

6.3 Envejecimiento activo

Tal y como señala la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), “el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (Fernández-Ballesteros, 2009, p.97).

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (Fernández-Ballesteros, 2009).

Para la OMS (2002), el término “activo” hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra.

Asimismo, este planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas ²⁵ de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.

La OMS (1998) destaca que para conseguir un envejecimiento activo en el futuro, es necesario promover políticas sociales para mejora de la salud. En los últimos años se han diseñado políticas de actuación para abordar los que se consideran los tres pilares del envejecimiento activo: salud, participación y seguridad. Depende de una diversidad de

²⁵ Fuente: Naciones Unidas. Consultado 2 febrero 2017 <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/173>

factores que rodean a las personas, las familias y las naciones. Por lo tanto, en cada caso nos encontramos con una situación diferente. Teniendo en cuenta las estadísticas españolas mencionadas de envejecimiento poblacional, poder tener un envejecimiento activo y saludable en este país será necesario y deseable.

Una de las herramientas publicadas en relación al envejecimiento activo , el Libro blanco del envejecimiento (2011)²⁶, señala una serie de prácticas que suponen hábitos saludables, tales como el ejercicio físico, cognitivo, relaciones sociales , enseñar a querer y cuidar el cuerpo, saber y escuchar el cuerpo, y sugiere hacer uso de las herramientas que se necesiten para ello. Desde la OMS (1998) promueven el uso de políticas que sean multidisciplinarias, en el área de la salud, física y social.

Atendiendo a estas recomendaciones, se plantea la cuestión: ¿Por qué no puede entrar como una herramienta potencial para tal efecto la DMT? Se considera que cumple esos hábitos señalados, y el lugar profesional de la DMT demanda su espacio en esta sociedad.

6.4 Envejecimiento con éxito

Envejecimiento con éxito es un término que ha ido consolidándose en los últimos años al mismo tiempo que ha ido adoptando distintas denominaciones: “envejecimiento activo”, “productivo”, “saludable”, “óptimo” o “positivo” (Fernández-Ballesteros *et al*, 2012).

Fernández-Ballesteros (2002) describe el concepto de envejecimiento con “éxito” “(...)como “competente” o “activo”, trata de superar el concepto de envejecimiento saludable, considerando esencial no sólo la salud sino también la participación del individuo en la sociedad, sin olvidar que ésta debe proveer de sistemas de seguridad ” (p. 16).

²⁶ *Libro blanco del envejecimiento*. Envejecimiento activo. Libro blanco. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) / Noviembre 2011. Madrid: Imsero, 2011.

Según el Libro blanco del envejecimiento (2011)²⁷, en realidad hablamos de una confluencia de elementos, sobre todo los que tienen que ver con el entorno, las relaciones, la comunicación y la participación social, que influyen tanto en el bienestar físico como psíquico. Aunque los determinantes son de nuevo múltiples, para Fernández-Ballesteros (2008), condiciones de salud, funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social son los criterios generalmente aceptados (parcialmente o en su conjunto) para identificar esta forma de envejecer.

Se plantea la pregunta: ¿No es el *cohousing* un elemento potenciador de todos esos ingredientes? ¿Y no es entonces la DMT una posible herramienta que pueda afianzar ese bienestar?

6.5 Vejez saludable

Según Fernández-Ballesteros (2011), el término envejecimiento “saludable” ha de ser considerado reduccionista, por referirse tan sólo a la salud. Y si hay una conclusión comúnmente aceptada por parte de los expertos en envejecimiento saludable, con éxito, activo, positivo, óptimo es que este concepto es multidimensional. Además, la interacción entre persona y contexto tiene un especial sentido para el envejecimiento saludable.

En el concepto “envejecimiento saludable” entran en juego los siguientes componentes biológicos, psicológicos y sociales (Fernández-Ballesteros, 2011):

- 1) salud y ajuste físico (poder valerse por sí mismo),
- 2) funcionamiento cognitivo,
- 3) afecto positivo (el bienestar),

²⁷ IMSERSO (2011) *Libro blanco del envejecimiento*. Envejecimiento activo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales Madrid: Imsero, 2011

4) participación e implicación social.

Cammany (2005) señala tres ejes como importantes en el camino para conseguir una vejez saludable: dotación genética, estilo de vida activo y creativo, y positivo aprovechamiento y mejora del contexto socio ambiental y ecológico. Contexto que parece darse también en un *cohousing*.

En relación a la salud, aunque los genes pueden estar involucrados en la causa de las enfermedades, son de nuevo muchos los factores implicados a tener en cuenta. En muchas de ellas la causa es medioambiental y externa en mayor grado que genética e interna (Cammany, 2005).

La búsqueda de la salud y el bienestar es otra de las constantes en la vejez y en los *senior cohousing*. Braüninger, (2012) define la salud como “la habilidad de adaptarse y autogestionar en los cambios sociales, físicos y emocionales” (Huber, 2011 citado en Braüninger, 2012). Según la misma autora, la DMT puede promover ambos y ser soporte para los cambios, adaptaciones, y alentar a la autogestión cambiando el medio que rodea.

Dadas las circunstancias comentadas sobre el envejecimiento de la población, y en referencia a la salud, parece que proporcionar asistencia a medida que las poblaciones envejecen, es uno de los mayores desafíos de la política social y sanitaria actual: encontrar el equilibrio entre la ayuda para el cuidado de la propia salud (personas que se cuidan a sí mismas), la ayuda informal (asistencia de los miembros de la familia y amigos) y la atención formal (servicios sociales y de salud).

6.6 Envejecer bien o cómo envejecer bien.

Para Fernández- Ballesteros (2002):

El envejecimiento satisfactorio, competente, con éxito y activo, requiere tanto del esfuerzo de una sociedad solidaria (con los sistemas de protección sanitaria y social) como del propio individuo, que es agente de su desarrollo personal, y en buena medida, de su salud, de su participación, de su seguridad (p.16).

Envejecer bien es utilizar a pleno rendimiento la capacidad física, psíquica, emocional, cognitiva y social.

La mayor parte de definiciones y conceptualizaciones de lo que es envejecer bien, con éxito (Fries, 1989; Baltes y Baltes, 1990; Rowe y Khan, 1997), envejecimiento óptimo (Bond 1995), envejecimiento positivo (Gergen y Gergen, 2001), envejecimiento productivo (Aldwin, 2006), envejecimiento activo (OMS, 2002), es coherente con lo que las personas mayores, de muy distintas culturas, consideran que significa “envejecer bien” (Fernández-Ballesteros, 2008).

Se señala que en este caso también la fórmula del *cohousing* se presenta como un gran aliado de los aspectos mencionados para envejecer bien, ya que revitaliza la figura del senescente, el tejido social no se deteriora, su vinculación y espacio vital se enriquecen, etc.

Valorando estos diferentes aspectos y conceptos de la vejez, parece considerable que el problema no es hacerse mayor ni la vejez, sino son las condiciones físicas, psíquicas y sociales en que se vive esta etapa del ciclo vital y que permitan satisfacer las necesidades que presentan las personas mayores (Fernández- Ballesteros, 2009).

La cuestión que se presenta no es tanto el qué, sino el cómo. Una labor de conciencia.

Para Durret (2009) envejecer bien viene de un compromiso consciente del proceso así como desarrollar nuevas estrategias de mejora de la vida. Es “un enfoque holístico al

envejecimiento, y hemos ingeniado una manera en la que la gente conserva el dinero y su autonomía, que es mucho, porque la gestión por parte de los residentes significa tener el control” (p.343).

6.7 Vejez en un senior *cohousing*

Revisando los conceptos anteriores, se plantea nuevamente la siguiente pregunta: ¿No es el *cohousing* un modelo que apuesta por envejecer bien, con éxito, de manera saludable y por el envejecimiento activo?

López y Estrada (2016), afirman que: “los proyectos de vivienda colaborativa de mayores son proyectos que no sólo buscan mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores sino construir proyectos de vida significativos y relevantes para las mismas personas mayores, su comunidad y entorno” (p.8).

El apoyo y contacto social de estas comunidades de mayores, mejoran sin duda la condición y bienestar en la vejez. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), el apoyo social inadecuado no sólo se asocia a un aumento de la mortalidad, la morbilidad y la angustia psicológica, sino también a una disminución de la salud general global y el bienestar. La interrupción de los vínculos personales, la soledad y las interacciones conflictivas son fuentes importantes de estrés, mientras que los contactos sociales de apoyo y las relaciones íntimas son fuentes vitales de fortaleza emocional.

La importancia, en este sector de la población, de poder hacerse cargo de su vida y autogestionarla es, sin duda, también una fuente de vitalidad: poder envejecer bien, teniendo esos factores antes señalados a favor e integrado en el entorno.

Al mismo tiempo, al afrontar las necesidades cambiantes, logísticas, sociales y emocionales (Durret 2009), en estos mayores se convierte en un ejercicio consciente de qué es lo que se quiere, del autoconocimiento, y sobre todo de la aceptación del proceso de envejecimiento.

El aislamiento social y la soledad en la vejez están relacionados con un declive del bienestar tanto físico como mental (OMS, 2002). Sin embargo, tal y como se ha señalado, uno de los aspectos fundamentales de envejecer en estas comunidades es la falta de aislamiento por el apoyo social y la pertenencia a una comunidad de convivencia, favoreciendo la calidad de vida y bienestar emocional.

Durret (2009) habla de los siguientes conceptos a tener en cuenta en el hecho de envejecer en un *senior cohousing*:

- Envejecer en casa y en comunidad: la importancia de la integración.
- Procesos de grupo.
- Realidades diferentes de envejecimiento.
- Co-cuidados externos.
- Co-curación.
- Economía del envejecimiento.
- Filosofía, espiritualidad y mortalidad.
- Sabiduría.
- Aceptar el riesgo.

La autora de este estudio considera de vital importancia la necesidad de usar un enfoque holístico para abordar el envejecimiento, manteniendo la dignidad y los derechos del mayor:

autonomía, individualidad, independencia, integralidad, participación, inclusión social, y atención.

7 DMT

7.1 Definición DMT

La DMT se define según la Asociación Americana de Danza Movimiento Terapia como “una especialidad de la psicoterapia que utiliza el cuerpo y sus expresiones no verbales como un proceso para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo” (Stanton-Jones, 1992).

Se basa en el principio de que existe una conexión entre la personalidad y el modo en que una persona se mueve, y que cambios en el patrón de movimiento pueden producir cambios en la *psyche*, promoviendo una mayor salud emocional y física. Así, la persona puede ser guiada por procesos mentales inconscientes y externalizar sentimientos, traumas y emociones reprimidas, traer ideas expresivas y revelar pensamientos más profundos (Freud, 1923; Reich, 1933; Segal, 1964; Winnicott, 1971; Davis, 1974; Kensternberg, 1975).

Apunta Fischman (2005):

(...) La DMT es una modalidad o un abordaje en activo que tiene como trasfondo una teoría del conocimiento que implica que el cuerpo conoce a través de su acción y crea los mundos en que vive, a la vez que es afectado y transformado por su contexto (p.31).

Los tres elementos básicos de la DMT son, según Wengrower y Chaiklin (2008):

1. La concepción del ser humano como unidad indisoluble cuerpo-mente.

La DMT trabaja con la persona concebida como una totalidad, no sólo en el área cognitiva sino también en el aspecto emocional, social y psíquico (Karkou and Mekums, 2014). Una aproximación holística en la que la mente, cuerpo y espíritu están inseparablemente conectados a través de la comunicación, la expresión verbal y no verbal, aspirando al comportamiento armonioso y saludable del individuo (Levy, 1988; Stanton- Jones, 1992).

Los estudios de Damasio (2010) y otros autores sobre neurobiología insisten en la necesidad de considerar el cuerpo y la mente de un modo integral y holístico (Rodríguez-Dueso, 2015).

2. El potencial terapéutico del proceso creativo por medio de la danza y el movimiento.
3. El trabajo se realiza dentro del marco de una relación terapéutica. Uno de los puntos más importantes dentro de la DMT (Sandel, 1980; Stanton- Jones, 1991).

Rodríguez Cigarán (2009) define la DMT como una alternativa en psicoterapia que pone el acento en la utilización del cuerpo como mediador de la experiencia, así como herramienta de comunicación y expresión de sentimientos en la relación entre psicoterapeuta y paciente, sin por ello perder de vista la palabra y su importancia como puente entre cuerpo y psique. Según esta autora la teoría y práctica de la DMT se fundamenta en:

- La teoría y práctica de la metodología de la psicoterapia.
- La investigación sobre comunicación no verbal.
- La psicología del desarrollo humano.
- Los sistemas de análisis de movimiento: *laban notation*.

La DMT pertenece, pues, al grupo de las artes creativas en psicoterapia (como el arte terapia, la musicoterapia y el drama terapia). Rodríguez y Dueso (2015) señalan que es un modelo de intervención psicoterapéutica que:

Comparte numerosos elementos con otras terapias creativas, pero cuya singularidad se encuentra en la consideración de las manifestaciones no verbales y el movimiento creativo dentro de un proceso terapéutico. Se hace hincapié en su aspecto multidisciplinar y en su creciente aplicación en entornos sociales y educativos como un modo de promover y potenciar la salud (p.128).

Cammnay (2005) destaca las artes creativas en psicoterapia como modelo de intervención, ya que aúnan dos conceptos de suma importancia:

- El medio no verbal es más directo en el abordaje de procesos emocionales que en los cognitivos.
- La acción en sí da una vivencia más inmediata del estado emocional.

7.2 Contexto Histórico

La DMT tiene su origen en el de la misma danza, que acompaña al ser humano desde sus comienzos. Para Fischman (2001), el uso de la danza y el movimiento como herramienta terapéutica está enraizado en la idea señalada de que el cuerpo y la mente son inseparables. Al considerar el movimiento corporal como reflejo de estados emocionales internos y que el cambio conlleva cambios psicológicos promoviendo salud y desarrollo, la danza permite recuperar un sentido de totalidad experimentando la integración psicofísica. La danza forma parte de la vida, la cultura, la conexión con la naturaleza y acompaña en los diferentes ciclos de la vida del ser humano.

Danza Movimiento Terapia en una comunidad de mayores

La DMT como disciplina, emerge en la confluencia de dos campos: la danza y la psicoterapia. Será en el siglo XX cuando bailarinas como Isadora Duncan o Mary Wigman, rompen, por un lado, con el concepto de danza clásica, naciendo su danza expresiva de vanguardia, y por otro con el concepto cartesiano de la división cuerpo y mente, concibiendo el cuerpo como una unidad indisoluble. Ellas sentarán las bases de la futura DMT.

En los años 30 o 40 se empieza a desarrollar el uso terapéutico del cuerpo, sus expresiones no verbales y el movimiento, teniendo el trabajo de Marian Chace como pionero en la nueva metodología en hospitales psiquiátricos. La consolidación se dará en las siguientes décadas, ampliando su uso en diversos sectores de la población y desarrollándose no sólo en instituciones psiquiátricas, sino en diferentes marcos terapéuticos.

Otras pioneras que ampliaron el camino en este área de la terapia a través del cuerpo, el movimiento, la comunicación verbal y la no verbal, entre la relación entre moción y emoción, entre el mundo consciente e inconsciente, fueron Mary Whitehouse, Trudi Schoop, Blanche Evan, Liljan Espenak, Irmgard Bartenieff y Alma Hawkins, entre otras.

Las teorías del movimiento de Laban, creadas en 1900, se integran en el uso terapéutico del movimiento y la danza hacia 1950, dando un paso más en el avance de la DMT, ya que permitía evaluar y tratar las diferentes características del movimiento como medio expresivo, el reflejo de la personalidad y su expresión del mundo consciente e inconsciente. Hoy en día, sigue siendo una de las principales herramientas del estudio en DMT para el análisis y clasificación de movimientos en esfuerzos y formas.

Más adelante aparecerán otros enfoques y métodos del análisis del movimiento como el de Bartenieff (1980), cuyo propósito es el desarrollo eficiente y expresivo del movimiento, aunando una técnica que integre sensaciones corporales, sentimientos, necesidades emocionales y motivacionales con necesidades físicas. Y, por último, Kestenberg (1991),

quien complementará el uso de esta herramienta con su teoría psicofísica sobre las diferentes etapas del desarrollo humano y los perfiles de movimiento.

Paralelamente en este viaje y en el campo de la psicología, tomando como base a Freud (1912) y el origen del psicoanálisis, el camino va recorriendo este amplio campo con otras corrientes y autores como Jung (1912) , Reich (1925) y la posterior bioenergética de Lowen (1956), la psicología del desarrollo, destacando Winnicott (1965, 1982) y Piaget (1969), el psicoanálisis relacional (Stern, 1977), y otras, que contribuyeron a avanzar y alimentar el estudio de la relación del movimiento, cuerpo y psique, de la DMT.

En los últimos años, como señalan Dueso y Rodríguez (2015), las investigaciones en neurociencia (Damasio, 2000, 2005; Gallese, 2001; Edelman, 2000), y las Ciencias Somáticas del Movimiento (ISMETA) avalan el trabajo de las pioneras, destacando la importancia que tiene el desarrollo motor y el trabajo corporal para el funcionamiento de las funciones cerebrales (Rizzolatti & Sinigaglia, 2006, Parsons, 2005, 2008). Las autoras consideran que la psico-estimulación favorece la neuroplasticidad neuronal y promueve la integración de las capacidades intelectuales, emocionales, relacionales y físicas (Dueso y Rodríguez, 2015).

La DMT es un campo de la psicoterapia que puede utilizarse como con cualquier tipo de población y en diferentes ámbitos sociales, educativos, clínicos, y un largo etcétera. Tanto con psicopatologías o trastornos, o como modelo de intervención y prevención, para el desarrollo personal y autoconocimiento.

Esta investigadora considera que se trata de una herramienta muy completa, por su concepción holística del cuerpo, el ser y el proceso de comunicación interno-externo, que conecta al ser humano consigo mismo, y con el entorno que le rodea.

8 DMT CON MAYORES

8.1 Aportaciones de la DMT

A la hora de valorar cuáles serían las aportaciones de la DMT a los mayores, es importante estudiar el tipo de población a tratar y conocer cuáles son los problemas más comunes de este colectivo en general, para luego poder atender a las particularidades del contexto.

Según Rodríguez Cigarán (2005), los problemas más comunes son: limitaciones físicas, dependencia de otros, aislamiento social, sentimiento de soledad, pérdida de autoestima, fallecimiento de amistades, miedo a la muerte y sufrimiento, y el estrés en sí producido por el hecho de los cambios propios de la edad.

Levy (1988) y Rodríguez Cigarán (2005) citan que se pueden trabajar con la DMT en tres grandes áreas con los mayores .En lo social (por las redes de relación y apoyo), físicamente (en múltiples aspectos como coordinación, orientación espacial, conciencia kinestésica, control motor, mejora tono muscular, posturas, flexibilidad, movimiento de las articulaciones) y psicológicamente (acompañamiento al proceso de envejecimiento a nivel emocional y cognitivo).

Cammany (2005) plantea como objetivos de la DMT para mayores incrementar la movilidad y la actividad en general, mejorar la respiración y la circulación, relajar la tensión muscular, disminuir la vivencia de aislamiento y estimular la expresión y socialización.

Asimismo, la DMT mejora el bienestar general, el estado de ánimo, la concentración y la comunicación en pacientes con demencia (Braüninger, 2014b).

Para Braüninger (2014b), la DMT preserva la dignidad a los mayores respecto a sus necesidades individuales y mejora su participación social. Cómo se pueden beneficiar los mayores, qué temas emergen en las sesiones o qué tipo de intervenciones se aplican son algunas de las preguntas que plantea en su estudio²⁸. Según esta autora, la depresión y la ansiedad son frecuentes en los mayores y resalta, al igual que otros estudios (Cruz & Sabers, 1998; Koch, Kunz, Lykou, & Cruz, 2013; Ritter & Low, 1996, citado en Braüninger, 2014b) que la DMT reduce la depresión y ansiedad.

Además de los temas expuestos por Braüninger (2014b), se señalan también las temidas dependencia y discapacidad como otros de los hándicaps en la preocupación del mayor.

Según se envejece, la necesidad de ayuda se hace inevitable. El miedo a la dependencia y a la pérdida de autonomía se vuelve más evidente. La dependencia se define según la Ley de la dependencia (2006)²⁹ como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (Durret, 2009, p.389). Y según la WHO (2012), la demencia es una de las mayores causas de dependencia y discapacidad en esta población.

Es posible que la DMT pueda ayudar a incrementar la calidad de vida (*QOL*) y mantener las capacidades y actuaciones en las actividades diarias de los mayores (Strassel, Cherkin, Steuten, Sherman, & Vrijhoef, 2011 en Braüninger 2014b). La DMT se postula como una herramienta para el cuidado y la salud, favoreciendo así la calidad de vida del mayor.

Braüninger y Bacigalupe (2017) señalan que hay una serie de investigaciones que muestran cómo la calidad de vida y el estrés mejoran tras la participación en DMT (Braüninger, 2012),

²⁸ Braüninger, I. (2014). *Dance movement therapy with elderly: an international Internet- based survey undertaken with practitioners*. Body, Movement and Dance in Psychotherapy, (2014) Vol. 9, No.3, 138-153.

²⁹ Definición según el art. 2 de la “Ley de dependencia” (2006) en Durret (2009).

bailar juntos interrumpe el aislamiento (Hill, 2009), conecta a la gente (Hamill, Smith & Röhricht, 2011; Harris 2007) y fomenta espiritualidad (Braüninger, 2012).

La autora de esta tesina opina que uno de los efectos importantes de la DMT con mayores es poder trabajar el desarrollo de una mayor conciencia del envejecimiento a través del cuerpo, aceptando los procesos y cambios vitales, trabajando posibilidades, así como liberando posibles cargas emocionales, favoreciendo el bienestar y la salud del mayor.

Generalmente el terapeuta, por su diferencia de edad con respecto a la gente mayor con la que trabaja, se encuentra con la problemática de la aceptación de la vida y la muerte en esta población. Además, en el caso de la autora de este estudio podría ser su hija o incluso nieta y, ante ellos, los roles terapeuta-paciente deben estar establecidos muy claramente.

Braüninger (2014b) menciona una serie de actitudes importantes para el terapeuta que trabaja con los mayores, tales como encontrar a los otros con tolerancia, empatía, humor honestidad y sinceridad, a lo que se suma respeto y cariño ante los cuerpos con largas historias de vida.

La DMT se perfila, pues, como una herramienta y medio por el cual los mayores pueden descubrir, prevenir, detener, e incluso revertir los efectos dañinos del envejecimiento (Levy, 1988). Al mismo tiempo, facilita un trabajo de conciencia corporal del proceso de envejecimiento, aceptando los cambios propios del paso del tiempo, las limitaciones y capacidades, así como las necesidades emocionales y psíquicas.

8.2 DMT en senior cohousing

El trabajar DMT en un colectivo de mayores que habitan en un *cohousing* conlleva atender no sólo a las particularidades de la población a tratar sino a los condicionantes del contexto en el que se haya. Al desarrollar un proyecto de intervención con un entorno tan específico se tuvieron que tener en cuenta las características sobre el fenómeno del *cohousing*, el propio centro y las necesidades particulares y colectivas del tejido humano en el que se trabajaba.

Tras la consulta en los diferentes modelos de *cohousing* en España, no consta que haya habido ningún caso de DMT y tampoco se ha encontrado en las fuentes estudiadas.

9 PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN TRABENSOL

9.1 Temas de estudio

Recoger los efectos y experiencia de la DMT en una comunidad y co-vivienda de mayores o *cohousing*.

9.2 Metodología

El total de personas que han pasado por las sesiones de DMT han sido 27 (N=27), de los 84 que hay en la comunidad (un tercio aproximadamente) de edades comprendidas entre 64 y 82 (M: 74,28).

Tras el periodo de observación efectuado, y previa consulta con la tutora, algunos usuarios participaron en el estudio de manera voluntaria y otros fueron sugeridos e invitados por la terapeuta. Anteriormente, recibieron varias charlas informativas, abiertas a todo el centro, donde se explicaba qué es la DMT, así como en qué consistiría el periodo de prácticas y el

proceso de investigación. Una vez claros el modo de intervención y los periodos establecidos, antes de comenzar las sesiones, firmaron un documento de consentimiento informado³⁰ en el que se notificaba y aseguraba del carácter confidencial de los datos recogidos, del proceso de investigación, así como de los medios de recolecta de información mediante diversos métodos de adquisición de datos.

Asimismo, los usuarios realizaron dos cuestionarios³¹ a lo largo de los cuatro meses fijados para las sesiones. En febrero, antes de comenzar el primer día de la sesión y en junio, el último día de las sesiones, para evaluar su efecto y que se analizarán posteriormente.

9.3 Fases

- **1ª etapa** de observación y colaboración con la entidad. De septiembre 2015 a febrero 2016: con un total de contacto indirecto y colaboración con la entidad de 194 h.
- **2º etapa** de intervención con sesiones de DMT. De febrero a junio 2016. Total de horas de contacto directo 108 h.
- **3ª etapa** de investigación y tesina. Desde julio 2016 hasta la actualidad.

9.4 Proceso y tipo de sesiones.

Se dividieron el número de sesiones a desarrollar en individuales y grupales.

Los **grupos** recibieron un total de quince sesiones de DMT de una hora de duración a lo largo de los cuatro meses, realizándose una semanalmente.

Se estipularon los siguientes grupos de intervención:

³⁰ Ver documento en Anexo III

³¹ Ver anexos I y II

- **Grupo 1**, de carácter abierto. Cada semana se apuntaban libremente en un panel que estaba en la recepción y siempre era una sorpresa quién venía. Ha fluctuado mucho el número de participantes, de cuatro a doce.
- **Grupo 2**, de igual carácter abierto y características similares.
- **Grupo 3**, de carácter cerrado, con mujeres que se consideró tenían una particular situación de estrés por el cuidado, preocupación y/o atención a sus parejas.

Respecto a las **sesiones individuales**, hubo cuatro acordadas, de 1 h. de duración semanales, y recibieron de 12 a 15 sesiones (dependiendo del usuario).

9.5 Objetivos de la intervención

Para los meses de intervención directa en *Trabensol* y tras un periodo previo de observación, se propusieron los siguientes objetivos:

- Establecer una relación terapéutica de confianza y un espacio seguro.
- Crear un espacio de desarrollo y conciencia personal y corporal.
- Promover una conexión interna y externa integrando aspectos físicos, emocionales, psíquicos y cognitivos.
- Facilitar el enriquecimiento y amplitud de movimientos, la corporalidad individual y colectiva, reforzando sus capacidades.
- Generar un espacio para la expresión y/o descarga emocional, promoviendo dinámicas que liberaran el peso de las emociones que “cargan” su cuerpo.
- Estimular un espacio para compartir reminiscencias, teniendo en cuenta la necesidad de compartir en un lugar donde se comparte la vida.

- Apoyar un espacio de comunicación entre usuarios y con el terapeuta. Comunicación con calidad en las relaciones interpersonales, promoviendo la experiencia social, facilitando la expresión de sus propias experiencias en el grupo y favoreciendo los vínculos entre los miembros. Realizándose este trabajo en un lugar de convivencia social, se consideró clave fomentar un espacio donde compartir.
- Trabajar la memoria, capacidades cognitivas y orientación.
- Trabajar la relajación, descarga de tensiones, estrés y la ansiedad que demanden.

En el caso del grupo de mujeres, tenían sobrecarga por los cuidados a sus parejas y la tensión era más evidente. Por ejemplo, se dio el caso de mujer que su marido tenía Alzheimer y era su única cuidadora.

En este grupo, el espacio se configuraba como un lugar donde compartir, reconocer las dificultades, interaccionar socialmente, afrontar problemas conjuntos (como tensión o frustración) y, sobre todo, aprender a relacionarse desde otro lugar, con la nueva persona, aceptando sus cambios y necesidades. Otra característica, de algunas de estas mujeres, era la sensación de culpabilidad, falta de ocuparse de una misma, o trabajar con una nueva relación de cuidado, también hacia el propio cuidador.

- Incrementar la confianza en sí mismos, autoestima y seguridad. Trabajo de *grounding* y enraizamiento.
- Favorecer el contacto físico, que, entre otras cosas, ayuda a estar más presente (Rodríguez Cigarán, 2005). Se ha usado mucho el tacto: manos cogidas, palmadas, etc...para favorecer la confianza, comunicación y estímulo sensorial.
- Resiliencia: trabajo para aceptar los cambios e imagen corporal desde lo que son y no lo que se fue, resaltando sus habilidades y aceptando limitaciones.

- Facilitar el sentimiento de comunidad con rituales que unieran comienzo y final, así como que aquellos que no se conocieran lo suficiente, lo hicieran desde otro lado de comunicación.
- Autoconocimiento y conciencia con la vida, con el ser a través de un proceso creativo, individual y grupal.
- Promover bases para la mejora en su calidad de vida.

9.6 Material recopilado.

Se ha recopilado material de la siguiente manera:

A. Sistemas de evaluación.

- El análisis de datos: El análisis de los grupos de DMT orientado a los procesos fue conseguido a través del análisis y descripción de contenidos de ítems cualitativos. Los cuestionarios³² fueron realizados expresamente para la comunidad. En ellos se recogían además los datos demográficos (edad, género y estado civil).
- Baremos de las encuestas³³: Fueron entregadas encuestas con 21 ítems cualitativos y con una escala de puntuación del 1 al 10 para valorar por el usuario. Además de estos ítems, se adjuntó un pequeño apartado para escribir sobre preguntas de carácter cualitativo con respuesta libre y, finalmente, otras observaciones, como apartado de carácter abierto. (Los resultados de estas encuestas se muestran más adelante).

³² Ver anexos I y II

³³ Ver cap. 10 para información detallada.

Otros materiales recopilados³⁴ en estos meses fueron:

- B. **Material audiovisual.** Se grabó la primera y la última sesión de cada grupo o individual.
- C. **Material plástico** (dibujos o pinturas) y **escritos** de los usuarios realizados durante las sesiones.
- D. **Diario de prácticas.**

9.7 Algunas consideraciones

Los participantes se encontraban con un estado de bienestar general, aunque con mucha variación entre unos y otros. Algunos tenían pequeñas limitaciones físicas (sordera, problemas de movilidad etc.), otros mayores fragilidades, o un estado físico óptimo. Desde la variedad se trataba de ir estableciendo un clima de aceptación y resaltando otros aspectos destacables en ellos. Era fundamental que no se forzaran, sino que cada uno, individualmente, valorara cuál era su estado, potencial y limitación. “Cada uno desde donde esté, con respeto y cariño hacia uno mismo”, era la frase que repetía la danza terapeuta en cada sesión (Diario de Prácticas, 25 febrero 2016).

A nivel de enfermedades cognitivas, y aunque ellos acusaban su importante pérdida de memoria, sólo había dos personas diagnosticadas con principio de Parkinson y ninguna con deterioro aparente.

Sandel y Hollander (1995) hacen referencia a los distintos subgrupos que puede haber dentro de los mayores. Diferencian entre mayores con bienestar general, mayores con limitaciones físicas, con trastornos psiquiátricos, con daño cognitivo y mayores frágiles.

En este caso, los usuarios tendrían bienestar general, algún caso más frágil y daño cognitivo leve.

³⁴ Estos materiales fueron usados para la realización de la investigación, pero no se adjuntan.

El espacio terapéutico

Es fundamental con los mayores cuidar y crear un entorno seguro en el espacio donde se vayan a realizar las sesiones (Sandel, 1995). Teniendo en cuenta también las dificultades que puede tener esta población, hay que proveerse de material y conocer sus posibles necesidades y demandas. Por ejemplo, contar con sillas por si se cansan, cuidar el tipo de suelo, posibles obstáculos, etc.

La sala que se usó en *Trabensol* era amplia, llamada por ellos la *sala del silencio* por ser el espacio cálido, de meditación y otras actividades multifuncionales. Tenía ventanales al exterior, el suelo de madera, y contaba con pequeño mobiliario tales como taburetes, alguna silla, equipo de música, colchonetas y otros materiales reducidos. Como señala Braüninger, (2014 b) es importante crear un espacio confortable, con atmósfera y sin limitaciones.

9.8 Estructura

Cada sesión se enfocaba según las necesidades del grupo (o individual) de los mayores, basándose en la teoría y técnica de la DMT.

La estructura de las sesiones se organizaba en las siguientes partes:

1. **Check in:** momento de inicio, de ver cómo están y comunicarse verbalmente y/o corporalmente. De ahí se extrae gran parte del material para trabajar durante la sesión.
2. **Calentamiento:** preparación del cuerpo-mente para la sesión fomentando la toma de contacto con las propias percepciones corporales. Es la fase de preparación y guía para la siguiente.
3. **Desarrollo:** dinámicas en las que se invita a experimentar y profundizar, de manera vivencial, sobre aspectos concretos, temas que se dan en movimiento y se fomenta el proceso de comunicación.

4. **Cierre:** de las dinámicas de desarrollo y de los procesos hacia una transición final en la que tanto el grupo como el individuo queden recogidos.
5. **Check out:** en el cual se comparten experiencias. Puede ser verbal o no verbal. Se procede a la finalización de la sesión mediante una rueda de *feedback* (corporal y/o verbal) y un pequeño ritual de fin, despidiéndonos hasta la sesión siguiente.

9.9 Técnicas usadas

Las principales técnicas usadas de DMT, en relación a los objetivos planteados y teniendo en cuenta también las diversas necesidades son:

- a) **Ejercicios de calentamiento:** con el fin de entrar en contacto con el cuerpo y nuestro estado psico-emocional. En ocasiones se aprovechaba esta primera toma para hacer el *check in*. Normalmente eran propuestas guiadas, pero también con alternancia de movimientos libres, improvisaciones y se estimulaba sensorialmente.
- b) **Espejamiento (*mirroring*), entonamiento afectivo y movimiento empático:** estimulando así la autoexpresión a través del movimiento.

Mirroring, es la técnica principal de la pionera Marian Chace en la cual el danzaterapeuta espeja a través de su propio movimiento y palabra lo que percibe en el movimiento y cuerpo del paciente, se acerca así a él, a su manera de interpretar y vivir lo que el paciente siente o está intentando comunicar. Aporta también información sobre la ubicación y orientación espacial.

Para Fischman (2005), el entonamiento afectivo, o capacidad de compartir estados afectivos ha sido descrito por Stern como el fenómeno o rasgo principal de la intersubjetividad humana. Sus conceptos surgen de la investigación de cómo construyen evolutivamente los infantes su

sentido de *self* y del otro, extendiéndose esta modalidad comunicativa humana como central a lo largo de toda la vida del sujeto (Stern, 1996).

Movimiento empático y empatía kinestésica, entendido como la capacidad que tenemos de comprender a otra persona y acercarnos a vivenciar la experiencia ajena (Fischman, 2009).

c) **Ejercicios de liderazgo:** en los cuales se trataba de dar espacio a cada uno de los participantes en grupo, y en sesión individual, para trabajar la empatía kinestésica, la conexión.

d) **Círculo de Chace:** favoreciendo desde el círculo la unidad, el sentimiento de pertenencia (importante en el contexto grupal) y el espacio democrático de cada uno. Es una de las formas simbólicas básicas en el uso de la DMT.

e) **Contacto físico:** promover ese contacto, primero con uno mismo promoviendo la autoconsciencia, sintiéndose y redescubriéndose, y luego promover la experiencia con el resto de los compañeros. El toque “puede ser una herramienta poderosa en la comunicación y en la vinculación humana y, asimismo, en el contexto de la relación terapéutica” (Malaquías S., 2010, p.83).

La participación activa de los miembros del grupo fomenta la cohesión y el sentimiento de pertenencia. Era un punto fundamental en el trabajo de las relaciones, con la idea de proporcionar seguridad y mejorar la conciencia presente y autoestima.

Se ha promovido mucho en grupo, el trabajo por parejas tanto para las dinámicas de movimiento, como a la hora de establecer un masaje o relajación. El fin era que interactuaran y tuvieran experiencias positivas.

f) **Trabajo espacial, situación, equilibrio:** a menudo, los problemas que más preocupan al mayor son la desorientación y falta de equilibrio. Se planteaban dinámicas para poder trabajar la ubicación espacial, el *grounding* para darles más seguridad y estabilidad, así como el sentido del equilibrio.

“Desarrollando técnicas de *grounding* o enraizamiento, se puede ayudar al individuo personal y socialmente desenraizado a reconectarse consigo mismo, y encontrar su propio lugar” (De Tord, P., 2014, p. 8).

g) **Música, ritmo y vocalización:** el uso de sus músicas (previa consulta de sus preferencias) para favorecer las reminiscencias ha sido un elemento importante en las sesiones.

Un dato curioso es que había una persona con sordera total en uno de los grupos, y que se trabajaba para marcar el ritmo y que pudiera sentir a través de sus compañeros y de su propia experiencia, así como de la vibración que le llegaba.

El ritmo es un elemento unificador e indispensable con esta población en el uso de la DMT, sincronizando al individuo y al grupo. Ritmos comunes forman la base para que las personas se unan en movimiento y se integren (Esenak, 1981, Schmais, 1985), promoviendo la identificación con el grupo social.

Para Schmais (1985), el ritmo es esencial para dar orden a la vida y darle estructura al arte, ayuda a estimular y organizar el comportamiento del individuo, así como también ubicarlo en tiempo con los otros y permite la expresión emocional.

El ritmo se apoya a través del contacto físico, contacto visual y/o sonidos y palabras. Se usaban además otros estímulos sonoros (tanto corporales como a través de instrumentos) y verbalizaciones, los cuales tienen un fuerte poder sugestivo en la respuesta locomotora y emocional. Sonidos rítmicos, frases o palabras que acompañaban los movimientos o la expresión de emociones.

Por otro lado, otras de las observaciones a señalar era la dificultad que tenían algunos usuarios para sacar la voz y que ellos mismos demandaban mejorar. Algunas voces estaban apagadas y tras sacar su voz, se notaban cambios en la reafirmación de su lugar y diferenciación del *self*.

h) **Uso de materiales** variados: se utilizaban materiales de psicomotricidad y objetos (como pañuelos, pelotas, telas), instrumentos musicales, material de dibujo, imágenes o fotografías y escritura, entre otros. Acompañaban así estimulando en las dinámicas, sensorialmente a los movimientos, y en los propios procesos expresivos y creativos. El dibujo y la escritura han sido grandes aliados en las sesiones.

Además el objeto, denominado objeto transicional (Winicott, 1982), es un elemento importante en la práctica psicoanalítica por ser depositaria de elementos objetivos y subjetivos, proporcionando importante información en las sesiones.

i) **Reminiscencias, uso de imágenes, asociaciones, metáforas o simbolismos:** las reminiscencias incrementan el uso simbólico a través del movimiento o de sensaciones, dando rienda suelta a la creatividad y la improvisación. Símbolos y metáforas que en realidad pueden aumentar la distancia emocional de recuerdos y sentimientos angustiosos, pero al mismo tiempo permitir exploraciones seguras que pueden cambiar cogniciones y sentimientos (Meekums & Karkou 2002), dando lugar a la expresión más profunda.

Para Schmais (1985), las expresiones simbólicas en la DMT forman un puente y enlace entre los dos mundos del paciente, el externo y el interno, transfiriendo energía de un ámbito al otro en un contexto social determinado.

Varios autores (Rodríguez Cigaran, 2005; Sandel, 1978) ponen énfasis en el hecho de las reminiscencias y las imágenes para objetivos de carácter social y psicológico, dando una mayor cohesión del grupo, expresión de sentimientos y emociones. Por ejemplo, en una de las sesiones se realizó un “ejercicio de calentamiento en el cual se sugería usar un jabón imaginario para darse en el cuerpo y que tuviera un olor relacionado con su vida “(Diario de prácticas, 23 febrero 2016).

j) **Ejercicios de respiración, visualización guiada y conciencia corporal:** la respiración, como patrón de movimiento que es, refleja el estado emocional del paciente y el

estilo individual (Schmais, 1985). La toma de conciencia de la respiración del mayor, que suele ser menos amplia y más entrecortada, así como el uso de visualizaciones ayuda a la atención respiratoria y a la relajación.

10 EFECTOS Y BENEFICIOS

Braüninger (2014b) plantea las siguientes preguntas en su estudio sobre DMT y mayores: ¿Cómo se pueden beneficiar los mayores? La misma pregunta surgió en este estudio con los cooperativistas de *Trabensol*, además de: ¿Qué temas principales emergen en las sesiones?

10.1 Resultados y aportaciones

El total de personas que han pasado por las sesiones de DMT han sido 27 de los 84 que hay en la comunidad. Un tercio, 33,3%, del total del centro de convivencia.

El número de frecuencia en la asistencia de los usuarios en los grupos abiertos ha sido muy variable. Hubo algunas bajas en el camino, cambios de vida en esos meses y cuatro usuarios que, aunque asistieron frecuentemente, por circunstancias no hicieron la encuesta final.

En la metodología señalada, los usuarios realizaron cuestionarios³⁵ al comienzo y al final del periodo de intervención con el fin de valorar el proceso en conjunto. Para Durret (2009) sin embargo: “los cuestionarios no sirven de nada: la verdadera información sólo viene de la interacción personal” (p.182). A pesar de esta afirmación, la autora del estudio consideró la importancia de poder recoger la experiencia personal del colectivo en los distintos materiales y formatos recopilados, para así intentar plasmar una visión y estudio lo más amplio posible.

³⁵ Ver anexos I y II

Los cuestionarios³⁶ se dividieron en dos apartados, señalados anteriormente en la metodología:

A. Valoración de 21 ítems cualitativos con valoración numérica (0-10).

1. Estado de salud
2. Nivel de independencia y autonomía
3. Funciones sensoriales
4. Funciones cognitivas, memoria
5. Estado físico
6. Imagen corporal
7. Conciencia , percepción corporal
8. Nivel de Movimiento
9. Expresión corporal
10. Equilibrio corporal
11. Expresión emocional
12. Seguridad y confianza
13. Autoestima
14. Nivel de estrés , ansiedad
15. Relaciones sociales generales
16. Relación con la comunidad
17. Comunicación
18. Integración
19. Nivel de participación
20. Calidad de vida
21. Satisfacción con la vida

³⁶ Ver anexos I y II

- B. Preguntas abiertas y observaciones. Diferentes al comienzo o final del periodo de intervención y con el fin de valorar los efectos.

En Febrero

1. ¿Qué les preocupa?
2. ¿En qué te gustaría mejorar?

En Junio

3. ¿Qué te ha supuesto la experiencia de DMT?
4. ¿Destacaría algún cambio o efecto?
5. ¿Ha podido trabajar algún aspecto que quería mejorar?
6. ¿Ha cambiado en algo su preocupación?
7. Observaciones

Los resultados de las encuestas a nivel de los ítems cualitativos³⁷, son muy relativos para la valoración posterior. Por ejemplo, algunos usuarios se puntuaron muy alto y estaban bastante deteriorados. Deseo y realidad se entrelazaban entre las líneas de la percepción y subjetividad, pero era el elemento con el que se contaba: el del mundo subjetivo.

Acerca de la salud subjetiva y objetiva sobre estar sano y sentirse bien, según el estudio del INE del 2015³⁸, la valoración del propio estado de salud viene condicionada por las enfermedades padecidas, por las características personales del individuo y otras razones socioeconómicas o residenciales. Refleja el estado físico y las enfermedades padecidas pero también los factores sociales, económicos y del entorno de la persona. El 34,3% de los mayores percibe su salud como buena o muy buena (ENS, 2011); 79,1% en el resto de la población. Y, por último, señalan que las percepciones negativas aumentan con la edad.

³⁷ Ver fig.3 para los resultados generales del proceso y las valoraciones de puntuación media. No se adjuntan en las figuras ni anexos los documentos de cálculo de los ítems de evaluación numérica, extraídos de las encuestas individuales.

³⁸ Fuente CSIC 2015 <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>.

Además de los ítems de evaluación numérica, se contaba en los cuestionarios con preguntas de carácter abierto³⁹, que en realidad, dieron más información⁴⁰ al estudio sobre los efectos de la DMT con estos mayores.

A continuación se exponen las gráficas y figuras extraídas de los resultados de los mismos cuestionarios:

1. Edad

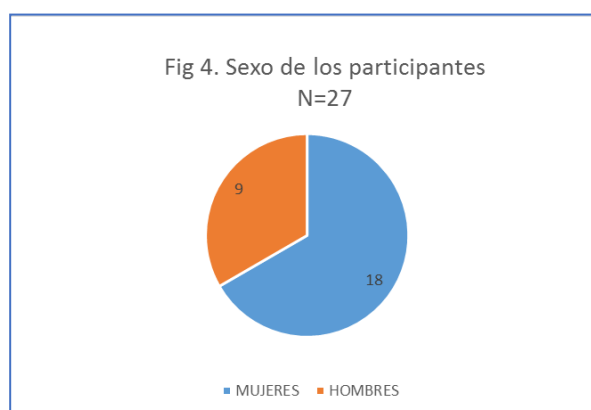
Participaron un total de 27 personas (N=27), de las cuales 4 no cumplimentaron los cuestionarios finales aunque participaron hasta el final. La edad media de los participantes fue de 74,28 (M=74, 28).

2. Sexo

Como se observa en la figura 1 (N=27) el número de mujeres (N=18) que participaron en las sesiones fue el doble que de hombres (N=9).

Figura 4 Sexo de los participantes

Fuente: Elaboración propia

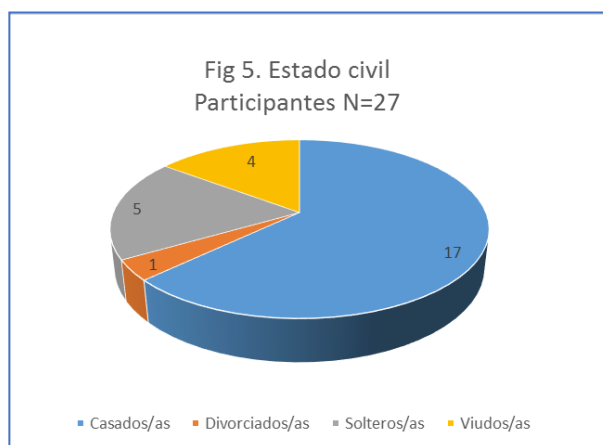


3. Estado civil

En la figura 2(N=27), se advierte que, respecto al estado civil, que el porcentaje de casados/as es mucho mayor que el de los otros estados civiles (N=17).

Figura 5. Estado civil de los participantes

Fuente: Elaboración propia



³⁹ Ver anexos I y II.

⁴⁰ Ver fig. 4 y 5

4. Comparativa febrero- junio

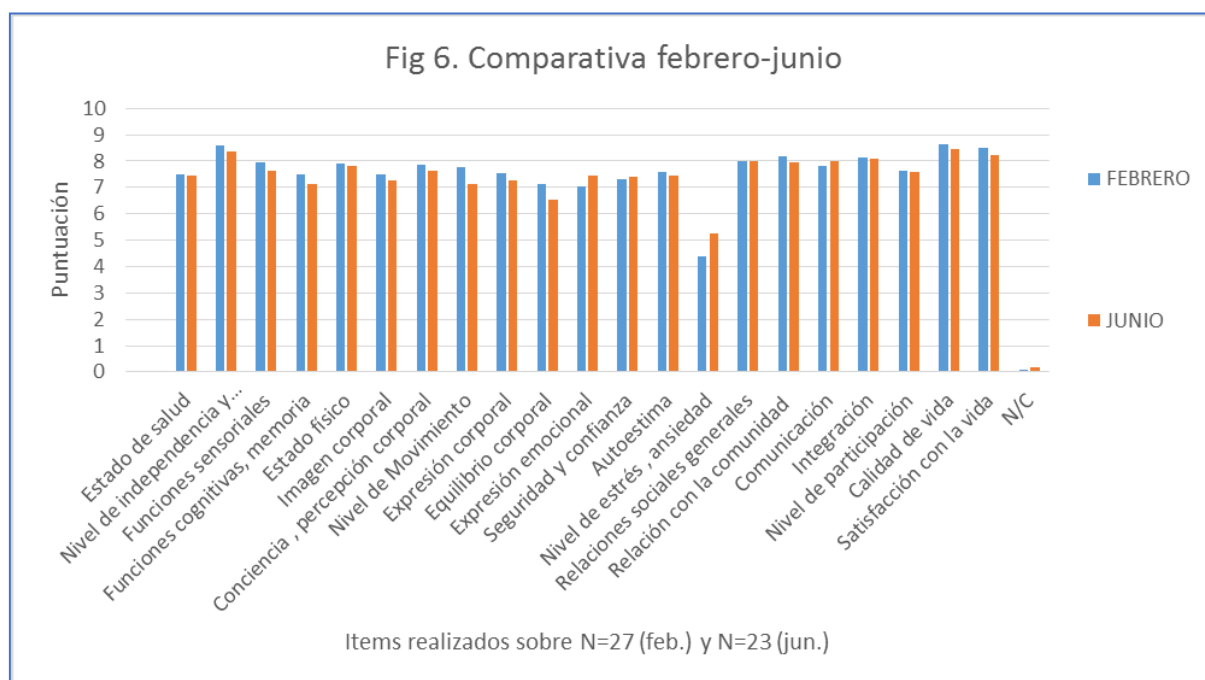


Figura 6. Comparativa febrero-junio. Resultados ítems

Fuente: Elaboración propia

El número de encuestados en febrero fue de veintisiete participantes (N =27) y disminuyó en junio con 23 (N=23).

En la gráfica (Fig. 3) se muestra la comparativa de los resultados de las medias de las encuestas recogidas en los meses de febrero y junio sobre los mismos 21 ítems cualitativos⁴¹ y con una puntuación evaluada del 0-10.

Tal y como se observa en la gráfica hay una valoración notable general y de media (M=7,2). Las puntuaciones medias son muy similares en los dos meses, e incluso aparece un ligerísimo descenso en las valoraciones de junio. Aparentemente no se refleja ningún cambio en el proceso de intervención de los cuatro meses, sin embargo, sí aparecen cambios y efectos a valorar en los comentarios y preguntas abiertas de los mismos cuestionarios⁴².

⁴¹ Ver anexos I y II

⁴² Ver fig. 4 y 5

Al observar este hecho, se abren preguntas sobre la validación del sistema usado, y la valoración de la percepción del usuario numéricamente.

Preguntas abiertas

En las preguntas abiertas⁴³, tal y como se tratará más adelante⁴⁴, se puede observar más información sobre los efectos en los usuarios tras su experiencia con la DMT, el análisis comparativo tras el periodo de intervención, así como los temas más destacados que surgieron.

En las figuras adjuntas, preguntas abiertas realizadas en febrero⁴⁵ y junio⁴⁶, se muestra una síntesis⁴⁷ de las respuestas dadas por los participantes y los temas más relevantes ordenados por prioridades.

Preguntas abiertas. FEBRERO (N=27)	
1. ¿Qué les preocupa?	2. ¿En qué te gustaría mejorar?
<ul style="list-style-type: none">- Enfermedad. Dolor. Dependencia- Familia: Hijos y pareja- Relación <i>Trabensol</i> y manejo de conflictos- Capacidad resiliencia- Muerte y duelo- Memoria- Autoestima	<ul style="list-style-type: none">- Relaciones sociales- Autoestima y confianza- Relaciones personales- Tristeza, angustia duelo- Estrés y ansiedad- Culpabilidad- Mejora física- Crecimiento y desarrollo personal

Figura 7. Encuestas. Preguntas abiertas febrero 2016

Fuente: Elaboración propia

⁴³ Para más detalle sobre las respuestas ver anexos 4 y 5

⁴⁴ Ver capítulo 10.2

⁴⁵ Ver fig. 7

⁴⁶ Ver fig. 8

⁴⁷ Extraído de las encuestas y cuya información total puede verse en el anexo 4 y 5.

Preguntas abiertas JUNIO (N=23)	
3. ¿Qué te ha supuesto la experiencia de la DMT?	5. ¿Ha podido trabajar algún aspecto que quería mejorar?
<ul style="list-style-type: none"> - Positiva-muy positiva - Relación con los compañeros y contacto - Autoconocimiento y confianza - Expresión emocional - Liberación de estrés. Relajación - Capacidades del movimiento 	N=23 SI=19 NO=1 N/C=3
4. ¿Destacaría algún cambio o efecto?	6. ¿Ha cambiado en algo su preocupación?
<ul style="list-style-type: none"> - Autoconocimiento - Mejora relaciones sociales y grupo - Comunicación - Gestión de emociones - Liberar peso y relajación - Mejora nivel preocupación - Soporte - Expresión corporal y emocional - Mejora estado de ánimo - Asumir realidades 	N=23 SI=17 NO=2 N/C=4
	7. Observaciones
	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo y relaciones - Buena experiencia. Sentido positivo - Mejoras personales - Agradecimientos

Figura 8. Encuestas. Preguntas abiertas junio 2016

Fuente: Elaboración propia

10.2 Temas destacables

10.2.1 Temas en movimiento

Además de los temas que señalan los participantes en las figuras⁴⁸, se dieron una gran cantidad de temas en movimiento y verbales, recogidos en la observación y análisis del movimientos y notas del diario de prácticas.

A nivel de movimiento, es complejo señalar un solo proceso de evolución al tener grupos muy diversos y además contar con cuatro sesiones individuales.

⁴⁸ Ver figuras 7 y 8

Danza Movimiento Terapia en una comunidad de mayores

Se ha observado, en general, cómo han aumentado su nivel de confianza y autoestima, su capacidad para expresar y modular emociones y se han potenciado las relaciones sociales. En su evolución la expresión e improvisación aumentaba a partir de esa seguridad, paralelamente a la disminución de directrices de la danza terapeuta.

Los grupos han tenido un caminar hacia un equilibrio grupal, un cambio en el uso del flujo ligeramente menos conducido y peso menos sostenido, que se ha ido descargando hacia mayores apoyos entre ellos, a predominar más en los planos horizontales relacionándose, hacia la unión de las formas grupales e integración de sus componentes. Sus propias kinesferas personales, más reducidas al principio, con predominio de formas cóncavas corporales y respiración más contenida, se fueron abriendo, ampliaron y extendieron de manera individual para luego poder juntarse, observándose una mayor apertura al grupo y a la kinesfera general.

El contacto ha aumentado cada día, los apoyos, el espejar y el entonamiento en movimiento con parejas y en grupo, entre otras técnicas, generaba como consecuencia la sensación de libertad, apertura y confianza emocional entre ellos.

Al mismo tiempo, la liberación de tensiones en las sesiones hacia una descarga, relajación y gestión del estrés cambiaba la tónica general en pesos ligeramente más livianos, disminución de la rigidez y mayor suavidad en los tiempos. Uno de los participantes con Parkinson señala en el *check out* de su segunda sesión grupal “sentirse sorprendido de cómo se ha movido porque cuando llegó tenía las piernas más agarrotadas y ahora mucho más sueltas” (Diario de prácticas, 1 de marzo 2016).

Los participantes reconocen a menudo, a través de las prácticas vivenciales y corporales, estar más presentes, en el aquí y el ahora. Una usuaria señala al terminar la sesión individual: “Todo ha sido armonioso, me gustaría siempre sentirme así, vivir el momento olvidándome de otras cosas que me hunden” (Diario de prácticas 24 de febrero 2016).

Danza Movimiento Terapia en una comunidad de mayores

Al comienzo de las sesiones, el miedo a lo desconocido, a la apertura y la libertad de crear y moverse sintiéndose con la “limitación” de ser mayores se hacía evidente. Las dinámicas en movimiento se fueron dando dejando paso a los mundos internos, y la simbolización y reminiscencias dieron rienda a la conciencia, apertura de las experiencias, confesiones íntimas y vivencias del pasado, junto con las necesidades y preocupaciones presentes (ligadas a esta etapa de la vida y a su contexto social) y la mirada al futuro próximo.

Emociones fuertes como las del duelo, pérdidas, aceptar y conocer las limitaciones, junto con las sensaciones de la fuerza y potencial del grupo, de su propia vitalidad, de las ganas de seguir creciendo y de la felicidad de vivirlo en movimiento, servían de un enorme sostén al manto que cubría el sentimiento de pertenencia. Pertenencia a una comunidad que está allí para pasar sus últimos años juntos.

En las sesiones finales, estuvo presente la integración de las experiencias individuales y de grupo para adentrarse en el cierre y la despedida, con la dificultad que conlleva, y más para los mayores, puesto que suponía un adiós.

En los meses de intervención se han observado los siguientes cambios fundamentales, en líneas generales, que se acompañan de algunas anotaciones de campo:

- Se ha facilitado y ha aumentado la **expresión emocional**, compartiendo sentimientos y **reminiscencias**, además de ir mostrando una mayor apertura. Se cita ahora uno de los múltiples ejemplos del cambio emocional tras el uso de reminiscencias: En el *check out* de la sesión individual núm.3, una participante comentó: “Después de bailar me siento mejor porque me he movido con libertad y me gusta bailar. Haber dado movimiento a las emociones me ha dado calma” (Diario de prácticas, 3 marzo 2016).
- Aumento de la **conciencia corporal** y ampliación de movimientos. Cambios corporales que conllevan cambios en la psique: “Doy las gracias por aprender a

conectar el cuerpo y movimiento con nuestras emociones, dice S en el *check out*” (Diario de prácticas, 4 mayo 2016).

- Un mejor **auto conocimiento** general. Aceptación de los cambios propios de la vejez y los cambios respecto al nuevo tipo de vida.

En el *check out* de la sesión núm. 6 grupal, tras haber dibujado sus cuerpos: “M dice que le impresionó mucho verse en el dibujo porque parece negarse un problema de salud muy grave. Como si no fuera consciente o no quisiera ver la realidad” (Diario de prácticas, 30 de marzo 2016).

- Ha aumentado el sentimiento y **conciencia de grupo**, mejorado la **comunicación**, y se han abierto las **relaciones personales** y sociales entre ellos. Durante el *check out* grupal, se recogió en el diario el comentario de un usuario a otro: “(...) estoy sorprendida, porque no te conocía como te estoy conociendo aquí” (Diario de prácticas, 23 febrero 2016).

- Mejora en **seguridad, capacidades y autoestima**. “(...) en el *check out*, L dice haberse sentido muy bien, más seguro con sentir el apoyo de los compañeros. Lo ha podido sentir dice física y emocionalmente” (Diario de prácticas, 6 abril 2016).

“(...) P menciona en el *check in* la fragilidad, cómo con la vejez se sienten más vulnerables, la falta de seguridad y el miedo a la dependencia. Dice que le gustaría sentir más seguridad (...). Tras la sesión, en el *check out*, P dice que le ha gustado mucho, se ha sentido muy bien. Y le ha dado como sensación de fuerza y seguridad. (Diario de prácticas, 10 mayo 2016).

- Liberación de angustias y tensiones. **Descarga emocional** y una **mayor relajación**. “*Check out*: hablan de lo bien que les ha sentado sentirse con el tacto, recibir los mensajes....y el cariño y apoyo de las compañeras. Tienen las caras relajadas, apacibles y sonrientes”(Diario de prácticas, 29 de marzo 2016).

Según los diferentes sistemas de recopilación de información, reflexiones del diario de prácticas y los resultados de las encuestas expuestos en las figuras anteriores⁴⁹, se destacan los siguientes temas:

- **Relaciones:** La importancia de trabajar las relaciones sociales y proveer, a través de la DMT, experiencias que faciliten una interacción positiva y de calidad. Braüninger (2014b) señala que: “la DMT proporciona experiencias positivas en comunidad, empodera las relaciones sociales y ayuda a encontrar caminos de salida a la soledad y recuperar en valor para establecer redes. El terapeuta apoya la red social y ofrece un punto de contacto” (p.144). Además, la misma autora enumera algunos de los recursos técnicos que se han usado también en las sesiones para tal fin: moverse en parejas, círculo y parejas de danza, juegos de movimiento integrativos o masajes a parejas.

Para ellos, relacionarse mediante la corporalidad, era novedoso y les gustaba: “era importante el hecho de poder compartir un espacio como la DMT con los compañeros, señalaron todos en el *check out*” (Diario de prácticas 16 febrero 2016).

La facilitación y mejora en las relaciones entre ellos se podría considerar, en opinión de la autora de esta investigación, que aun siendo un tercio de la comunidad los participantes, tiene una repercusión cuántica: si tú “vibras” a un nivel del pequeño grupo, hay cambios en el marco relacional general.

- **Familia:** hay un cambio del paradigma familiar. Habían tejido una red relativamente reciente. Por lo general habían dejado sus vínculos más cercanos en la ciudad (familiares y

⁴⁹ Ver figuras 4 y 5

amigos), abandonado sus hogares (muchos los vendieron para poder participar de la cooperativa), y estaban, tras el desapego inicial, construyendo un nuevo vínculo comunal.

Ya no convivían, ni tenían cerca a su familia (generalmente en la ciudad), aunque les visitasen y tuviesen espacios comunes donde compartir en el centro. En algunos estaba aún el trabajo de conciliación, del desapego de su centro familiar en la ciudad y de las sensaciones de culpa por el cambio, alejarse de hijos con necesidades, y tener presentes las preocupaciones sobre el bienestar y futuro de los hijos.

Al mismo tiempo, habían creado y construido una “familia” nueva, una red en su propia comunidad. Y también irse allí ha supuesto en ellos un cambio a nivel de crecimiento personal. Había un porcentaje importante que se dedicaba a labores creativas (escultura, pintura, ikebana, escritura, manualidades, textiles, etc.). Tal y como señala una usuaria: “....al no tener obligaciones y trabajos familiares de más, he descubierto que tengo mucha creatividad artística. Pinto desde que llegué aquí y nunca antes lo había hecho” (Diario de prácticas, 7 enero 2016).

Consideramos que la terapia creativa de la DMT también puede suponer una fuente de desarrollo en este aspecto.

- La preocupación por la **enfermedad y la dependencia** ha sido una constante. Genera mucho estrés, que se mitiga o calma con la sensación de acompañamiento del grupo y del contexto comunitario en el que se da.

Hay algunas personas en las que esta inquietud se hacía más evidente, que tenían más responsabilidad en los cuidados de sus parejas y, en este sentido, tenían más estrés o sobrecarga. Como en el caso mencionado del grupo de mujeres.

El deseo de cuidarse, estar activo y llevar una vida saludable, con autonomía e independencia, estaba muy presente en todos.

- La pérdida de **facultades cognitivas y memoria**, era otra de sus inquietudes y aparecía frecuentemente en las sesiones, ya que en general se notan menos ágiles con el paso de la edad y con menos capacidad. En algunos casos particulares, acusaban mucho deterioro. Uno de los usuarios afirmaba: “Siento que he perdido mucha memoria y muchos días me siento atolondrado, despistado, sin centrarme” (Diario de prácticas, 17 diciembre 2015). La “amenaza” de las enfermedades de deterioro cognitivo existía, como una pérdida de identidad de su ser. Otro usuario menciona en el *check in*, algo que será una constante: “(...) dice que ayer estuvo muy desorientado. Que le pasa sobre todo por la tarde y que se agobia un poco, le produce mucha intranquilidad” (Diario de prácticas, 2 marzo 2016).

- **El sentido de la vida** es un planteamiento que algunos de los usuarios hicieron, a muchos niveles, incluido el de la búsqueda espiritual. Es común en esta etapa reflexionar sobre el cierre y despedida de la vida. La angustia que puede producir la **muerte** en un espacio de convivencia, por ser reflejo de cada uno de los individuos presentes, parecía un tema tabú en ocasiones y se disipaba entre tanta ocupación y actividad: “nunca hablamos de este tema: la muerte”, menciona un usuario (Diario de prácticas, 4 mayo 2016).

Sin embargo, la toma de contacto que han tenido con la decisión de ir allí a pasar sus últimos días les hace conectarse de otra manera con la realidad que están viviendo:” (...) *check out*: Mencionan lo importante que es el apoyo del grupo, el contacto, que ellos son un gran grupo en *Trabensol* y que están ahí para eso, para acompañarse al tránsito hacia la muerte (dice S). Se sonríen entre todos y se emocionan. J dice que para él es un tema importante y que nunca

se habla de la muerte en *Trabensol*. Del tránsito hacia su final del que deberían ser más conscientes“(Diario de prácticas, 4 mayo 2016).

En la comunidad, las **pérdidas** son muy relevantes. Hay **procesos de duelo** que se viven no sólo de manera individual sino en conjunto. Y llegados a estas edades, es además algo más común por una cuestión obvia de naturaleza en curso. Curiosamente, en *Trabensol* ellos comentan “estamos fuera de estadísticas generales de muertes con respecto al porcentaje de la población que hay, ya que han fallecido dos cooperativistas en los cuatro años que llevamos” (Diario de prácticas, 8 de junio 2016), aunque desconocemos las fuentes que utilizan para ello.

- **Autoconciencia.** La importancia para pensar sobre uno mismo y sobre cómo están. Para ellos, la DMT ha sido un espacio de conexión con uno mismo y con su emoción, para conectar a nivel individual y también con los compañeros, con la conciencia grupal, así como con su contexto social.

Al mismo tiempo, han podido reconocer su **imagen corporal** y sus cuerpos mayores. Uno de los usuarios menciona: “Nuestros cuerpos son ya mayores y no son para mostrar. Lo apunto porque me parece interesante trabajar también con esto” (Diario de prácticas, 17 diciembre 2015).

Asimismo, ha sido un espacio para conocerse y para tomar conciencia de sus capacidades y limitaciones. Tras una sesión individual (núm. 12) donde se trabajan estos temas, se recoge: “Me ha impactado el *insight* y toma de conciencia que ha tenido y que haya reconocido verbalmente ‘no acepto la vejez’. Pienso que debe ser difícil, claro, aceptar esas limitaciones y la frustración que se debe tener al principio. Pienso en mí, en cómo sería si estuviera en su caso. Que difícil deber ser “(Diario de prácticas, 11 mayo 2016).

- **El grupo.** Es destacable el que para muchos la relación saludable con el grupo, la propia gestión y continuidad de *Trabensol* y el manejo de los conflictos sea una de sus preocupaciones, y uno de los temas que aparecía en las sesiones.

Al mismo tiempo, la fuerza y el poder de sanación que aportaba el grupo también se hacía consciente y evidente para ellos.

En relación al grupo López-Yarto (2002) hace alusión a la fuerza sanadora que tiene, señalando:

Cualquier movimiento de un miembro origina necesidades y movimientos con los demás. Y cuando estas tensiones llegan a fluir de manera constructiva y organizada, el resultado es equilibrio y redondez, con el consiguiente resultado sanador para cada uno de los sujetos individuales (p.3).

El grupo permite elaborar las emociones, las ansiedades y los conflictos originarios de la vida humana, y crea un espacio vital de aprendizaje, experiencias de calidad en el contacto con el otro, aportando siempre la referencia del aquí y ahora de lo que se esté dando (López-Yarto, 2002).

En una terapia como la DMT, esa integración entre el individuo y grupo, el sentido de la comunidad, realidad externa e interna, genera cambios constantes y más acentuados en un contexto en el que la convivencia grupal es un pilar y sostén para sus propias vidas y para el funcionamiento del centro autogestionado. Para el grupo, cohesión generalmente significa tener un sentido de pertenencia y una atracción hacia la experiencia grupal (Schmais, 1985).

En la DMT, esta unión social existe en el contenido y la forma de la danza.

Somos seres sociales, que anhelan comprender y ser comprendidos por los seres con los que compartimos este viaje y este contexto social. Compartir experiencias de vida y forjar nuestra identidad a través de nuestra individualidad, y del reflejo del otro, del grupo.

A nivel de grupo se ha buscado aumentar el grado de participación. Braüninger (2014b) señala que los mayores sufren por sentirse dependientes, y la DMT busca despertar el

sentimiento de pertenencia, promueve la participación de los mayores en los grupos y en la comunidad. Algunos recursos técnicos que se usaron para este fin de cohesión grupal son los mencionados: círculo de Chace, ejercicios de liderazgo, improvisaciones, etc...

10.2.2 Calidad de vida

La calidad de vida es según la OMS (1994) la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno.

A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia. Autonomía, considerada como la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias. Y la independencia, que se entiende como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria.

Es un concepto que está muy presente en el vocabulario de los componentes de *Trabensol* durante las sesiones, y a la vez lo describen como una de sus máximas y objetivos al ir a esta comunidad.

Braüninger (2012), tal y como se ha comentado, revela en su investigación que la DMT mejora la calidad de vida de los mayores, ayuda a sus relaciones sociales y mejora su nivel de participación.

Braüninger (2014a) resalta la importancia de la *QOL*⁵⁰ en los programas de salud, así como la validación de la percepción del cliente. Señala como el 90% de los practicantes de DMT están de acuerdo en que la DMT puede mejorar la calidad de vida del envejecimiento, en movilidad, salud psicológica, relaciones sociales y reducción de aislamiento. La conciencia de sí mismos a través de la salud física, reduce las limitaciones físicas y mejora la salud psíquica, las relaciones sociales, autonomía y participación. Además de hacer referencias a la mejora en la salud física y salud psicológica, señala tres puntos importantes: la DMT con mayores mejora la calidad de vida, fomenta la participación y refuerza la resiliencia.

(...) Las experiencias psíquicas positivas mejoran la movilidad, la conexión con el cuerpo y uno mismo, reducen las limitaciones psíquicas, así como los efectos de vitalidad. El estado anímico mejora, las limitaciones cognitivas se reducen y los recursos se activan. La participación grupal y la interacción mejora la vida social y la participación prevé el aislamiento y la retirada social. Mejora la salud psicológica, relaciones sociales, autonomía y participación (Braüninger, 2014b, p.151).

Otro estudio de Braüninger (2014b) sobre las variables de mejora en *QOL* en la gestión y reducción del estrés, afirma que muchas investigaciones informaron de que los ancianos que tienen estilos de vida activos y participan en actividades físicas no exigentes han mostrado un mayor nivel de estado de ánimo y satisfacción de la vida, así como la mejora en su estado mental y físico. Y, en general, parecen disfrutar de períodos más largos de independencia y vidas más felices (Streib, G. & Schneider, 1971, Mahon & Searle, 1994 en Braüninger 2014a). Este aumento de la calidad de vida es, por supuesto, extrapolable a otros sectores de la población.

Algunos autores (Strassel 2011, Braüninger 2014b) resaltan que la intervención en DMT con los mayores debe ser considerada con valor para ayudar en la salud, para estar conectado con

⁵⁰ Quality of Life: Calidad de Vida.

otros y que ayuda en el aumento del número de personas con enfermedades crónicas que mejoren su calidad de vida.

Uno de los objetivos del *cohousing* es minimizar las obligaciones, de ahí el trabajo cooperativo, y así poder maximizar la calidad de vida de sus cohabitantes. Salud, cuidados, elección y sostenibilidad. La práctica misma del *cohousing* fomenta el envejecimiento activo, mejora la calidad de vida e incrementa el sentimiento de pertenencia a una comunidad, siendo por tanto, en opinión de la autora de la tesina, complementaria con la DMT.

Tal y como se ha mencionado, una de las mayores preocupaciones acerca del envejecimiento en la sociedad actual es terminar aislados, viviendo con el temor de que la sociedad les aparque. Vivir en comunidad, ofrecer y recibir soporte y continuar activos e implicados en la vida, son algunos aportes más a esa calidad de vida mencionada.

En el caso de la práctica realizada en *Trabensol*, las observaciones señaladas por los usuarios en las preguntas abiertas⁵¹, tales como sentir mejora en la comunicación, autoestima, sensación de soporte, confianza, expresión de emociones, liberar peso emocional, asumir realidades y calmar preocupaciones, sensación de grupo, etc., son efectos que también se considera que aportan mejora en la calidad del vida de los participantes.

10.2.3 Comunicación y convivencia

Para Fernández-Ballesteros (2011), la comunicación es “la acción o efecto de transmitir información entre dos o más personas. Es de vital importancia para las personas que viven en sociedad. A través de ellas expresamos ideas, creencias, valores y sentimientos ” (p.9). Asimismo, señala la autora, las emociones desempeñan un papel fundamental en la comunicación.

⁵¹ Ver figura núm.8

Comunicar es en sí una necesidad fundamental en el ser humano y, para Van Hooft (1995), “comunicar es el verbo que se usa para describir los procesos dinámicos a través del cual expresamos nuestro ser en relación con los otros” (citado en Hill 1999). Un baile de relaciones: “La comunicación es una danza entre dos o más personas, es la interacción entre dos o más partes” (Hill, 1999).

La comunicación es, en sí, uno de los objetivos de cualquier psicoterapia. Cammany (2005) afirma que el arte y la comunidad ponen de manifiesto cómo la experiencia humana acerca a todos los humanos en la conciencia de que compartimos la alegría y el sufrimiento de la misma manera. En esta comunidad, se ha dado un espacio terapéutico donde han podido compartir esas emociones y sentimientos.

Los canales del cuerpo y el movimiento son el origen del acto comunicativo, base de la DMT.

Tal y como señala Birdwhistell (citado en Fichsman, 2013):

Entre el 60 y el 80% de la comunicación entre seres humanos se realiza por canales no verbales. El contacto comunicativo no depende solo de las intenciones del emisor como la capacidad del receptor para relacionar e interpretar la información recibida a través de tan diversos canales (p.10).

La DMT utiliza todos los canales disponibles para la comunicación y para efectuar contactos significativos y continuos en este proceso. En la comunicación y la expresión, el cuerpo y el movimiento como elementos comunicativos se consideran más naturales que el lenguaje, con una expresión más primitiva y verdadera, ya que es el origen de la comunicación y expresión del ser humano (Fischman 2013, Cammany 2005). Y es el área donde se considera que más aporta la DMT: en la unión de sus elementos verbales y no verbales, tales como tono de voz, sonidos, gestos, mirada posturas y un largo etcétera, conformando así un acto comunicativo e intercambio más completo y amplio en su visión.

Según Baterson (citado en Cammany, 2005) la valoración del ser humano como instrumento de comunicación es “un ser equipado de órganos sensoriales, órganos efectores, transmisores internos y cerebro, nos lleva a la comprensión holística (integración de psique y soma) del acto comunicativo” (p.274).

Sin entrar en detalle del proceso de comunicación entre el neonato y sus cuidadores, donde comienza el proceso comunicativo (Winicott, 1971), se abren las muchas posibilidades y modos de comunicarse que hay uno mismo y con el entorno. Fichsman (2013), al abordar el tema de la comunicación, expone cómo la interacción se transmite de generación en generación, como un modo de vivir en el medio que nos rodea.

Fichsman (2013) considera importante el poder usar herramientas con la DMT que potencien los canales de recepción de sus necesidades, inquietudes y sentimientos:

El profesional de la DMT percibe las necesidades y modos del cuerpo, lo que expresa y está cerca de la conciencia del sujeto, lo que desea ocultar voluntariamente, lo que no percata porque está disociado. Por eso la DMT es mucho más que dar consignas de exploración de movimiento. Implica un acompañamiento equivalente al de una madre con su criatura, que lee las necesidades corporales del bebé (p.9).

En el proceso de comunicación con un mayor, Cammany (2005) señala cómo hay que tener en cuenta que se dan una serie de alteraciones sensorio-perceptivas, temporales, de expresión de sentimientos, pensamientos, y circunstancias que implican una disminución de la capacidad comunicativa del sujeto. Por otro lado, a la hora de comunicarse con un mayor hay que agudizar la capacidad empática y valorar todos los elementos integrantes de la persona, teniendo en cuenta la observación, valoración emocional, recogida de información, ser congruentes y sincrónicos.

Además de la receptividad y empatía que hay que desarrollar en el proceso comunicativo, otro elemento fundamental en el proceso de comunicación es la capacidad de escucha de uno mismo, del grupo, de la comunidad. Esto es algo que ha salido mucho en las sesiones y que se ha trabajado bastante en el desarrollo de este trabajo.

La comunicación es un elemento clave en el proceso de convivencia de un *cohousing*. En un proyecto que está en continua construcción, en continua comunicación, la comunicación es básica para afrontar el presente y futuro.

Según Durret (2009), es fundamental el tener una preparación psicológica para formar parte de un *cohousing*. El autor enumera una serie de recomendaciones que considera se necesitan antes de ir a un *cohousing* en relación a este proceso de comunicación, tales como: exprésate, no escondas tus sentimientos, hazte fácil de entender, etc. Y, además, menciona una serie de consejos para gestionar los conflictos (con tipos o uso del lenguaje), dando importancia al lenguaje no verbal y al lenguaje corporal. Durret (2009) afirma: “El lenguaje corporal muestra la receptividad en un lugar de convivencia” (p.140). Este lenguaje del cuerpo es uno de los principales ingredientes de la DMT. Por lo tanto, cabe considerar el aporte de esta psicoterapia como herramienta facilitadora de la convivencia, lenguaje y comunicación.

El objetivo del grupo de convivencia es, para Durret (2009), crear dinámicas democráticas, claras, generar confianza, así como desarrollar una comunicación empática. Algo que se ha realizado en las sesiones de DMT y que se marcó también como uno de los objetivos al comienzo de la intervención.

En un grupo de convivencia hay que trabajar para promover esa pertenencia y cohesión del grupo. Para Cammany (2005), cuando se practica dentro de un escenario que promueve la

interacción y cohesión del grupo, se puede proporcionar a la gente mayor un marco en el que expresarse y comenzar relaciones sociales.

En opinión de los propios participantes, la comunicación en las sesiones ha sido un punto destacable. En el *check out* de la sesión núm. 3 de uno de los grupos abiertos se recoge: “(...) Resaltan todos verbalmente lo positivo que notan en la comunicación con la práctica en las sesiones, con ellos mismos, a la hora de abrirse, y con los compañeros”(Diario de prácticas, 2 marzo 2016). Y, sesiones más adelante: “*Check out*: todos dicen haberse sentido muy a gusto con este grupo, por la comunicación que han tenido, corporal y verbal. Les ha aliviado el hablar de cosas tan importantes y escucharse” (Diario de prácticas, 13 abril 2016).

Se considera muy notable el papel de la DMT como herramienta de comunicación en el contexto de un centro de convivencia de mayores, en un espacio y lugar que se ha forjado mayoritariamente gracias al proceso en sí de la comunicación de un grupo de personas con un objetivo común. No hay que olvidar que la comunicación y las relaciones sociales y de confianza en estos lugares son clave para el buen funcionamiento de este revolucionario sistema de autogestión.

Un ejemplo de diario, en la sesión 15 grupal: “*Check in*: todos comentan estar muy contentos con la experiencia, que les ha unido y facilitado nuevas formas de conectarse. Que creen que lo debían hacerlo todos en el centro y que sería muy positivo para su autoconocimiento y para las relaciones” (Diario de prácticas, 7 junio 2016).

A través de la DMT se pueden aportar herramientas facilitadoras del proceso de convivencia del colectivo, en base a la comunicación no verbal y verbal en la propia resolución de problemas de las relaciones de grupos, mejorando las relaciones humanas, facilitando las relaciones sociales y la interacción con los otros. También es un tema que les preocupa, como

se observa en las encuestas y anotaciones: “*Check in* grupal: M, acompañado por los demás, expone su preocupación por la convivencia con los demás compañeros, porque estén bien y poder entenderse en las reuniones y asambleas donde salen muchas diferencias y conflictos” (Diario de prácticas, 5 abril 2016).

Se observa que la DMT provee un espacio donde aprender a crecer conectándose con uno mismo y con los demás. Hay una mejora del conocimiento individual, en la confianza en uno mismo, y, por ende, en el grupo. Trabajando las capacidades corporales y la independencia corporal, se amplían los patrones de movimiento, las calidades, el uso del espacio social y se incrementa el nivel de percepción, de integración. Se facilita el proceso en sí de comunicación.

Una de las participantes escribió en la Revista que se publica en *Trabensol* ⁵² una reseña sobre su experiencia de la DMT:

(...) Personalmente me ha resultado muy gratificante. Es una forma bonita, estimulante, costosa a veces, de aprender a mirar hacia dentro, a manifestar sentimientos no sólo verbalmente sino también, y muy importante, a través de la expresión corporal, faceta a la que no estamos acostumbrados. Es otra forma de poner en común lo que llevamos dentro y sentir la presencia y comunicación con los demás (Revista *Paso a paso*, citado en Diario de prácticas, 11 mayo 2016).

11 DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación es recoger y examinar el proceso de intervención de DMT en un grupo de convivencia de mayores *cohousing*, durante un periodo de media

⁵² Revista *Paso a Paso* núm. 15, etapa II. Disponible en fuente: <http://trabensol.org/wp-content/uploads/2013/03/Pasoapaso-II-15.pdf>

duración, recogiendo su experiencia, proceso e identificando los posibles efectos y beneficios, así como los temas comunes que se han dado.

Algunas de las preguntas planteadas al comienzo fueron ¿qué puede aportar la DMT a los mayores? ¿Y como herramienta para el envejecimiento? o ¿cómo es el impacto de la DMT en este contexto comunitario? Tras el estudio, se pretende demostrar que la DMT es una herramienta que puede aportar beneficios en el proceso de convivencia del colectivo, mejorar la comunicación y la calidad de vida del mayor, además de reflejar los temas propios de los mayores que pertenecen a un colectivo de las características de un *senior cohousing*.

Se han expuesto los análisis comparativos del proceso con las encuestas realizadas en febrero y junio por los participantes. En las gráficas, aparentemente, no se refleja ningún cambio en el proceso de los meses. Sin embargo, sí podemos apreciar cambios y efectos en los comentarios y preguntas abiertas que se han dado, así como en la propia recogida de información y observación del danzaterapeuta. Al observar este hecho y ver otros resultados, nos preguntamos sobre la validación del sistema usado y la valoración de la percepción del usuario numéricamente.

De hecho, se recoge en el diario de prácticas cómo uno de los usuarios señaló que justo el último día de la sesión, en el momento de hacer la encuesta:“(...) se encontraba con una crisis profunda por un duelo y que para él no era comparable cómo estaba ese día con su evolución a lo largo de los meses pero que tenía que ajustarse a la subjetividad y sentir que tenía ese día. Además dice que todo es muy relativo y que se dio cuenta de que se puntuó la otra vez muy alto, huyendo de la realidad que tenía” (Diario de prácticas, 8 de junio 2016).

11.1 Oportunidades y limitaciones

Se considera que el estudio realizado tiene una evidente limitación, y es el número de participantes. Han participado un 33% de la población de la cooperativa, un tercio del total, que aunque es una cifra considerable, se necesitaría una cifra más elevada para valorar el impacto. Desconocemos los motivos de la no participación del resto de los miembros de la comunidad.

Asimismo, el número de participantes ha ido variando a lo largo del tiempo, ya que ha habido algunas bajas y cambios en el camino. Los grupos cerrados y las sesiones individuales se mantuvieron, pero los grupos abiertos variaron mucho en constancia y compromiso. Para tener un mayor seguimiento, sería importante poder tener una mayor continuidad, aunque esto resultaría complejo por el exceso en ocasiones de actividades, responsabilidades o cambios vitales.

El periodo de contacto directo y sesiones tuvo un tiempo limitado de media duración, cuatro meses, y si hubiera sido más largo se podría contar con un margen mayor de actuación para determinar su alcance, valorar resultados y aumentar los probables efectos de la DMT.

En cuanto a la recogida de datos, se han encontrado limitaciones a la hora de analizar la información. Los baremos y encuestas, tomadas como principal medidor en los efectos de la DMT en los usuarios, son de creación propia, sin usar encuestas homologadas por no ajustarse al objeto de estudio tratado. Al mismo tiempo, teniendo en cuenta lo mencionado sobre los resultados gráficos, se considera que en estos resultados el mundo subjetivo de los usuarios y del propio danzaterapeuta, del proceso grupal o individual, solo puede ser objetivado hasta un cierto punto con los elementos de que se disponen. Se anima a encontrar vías para un análisis posterior más exhaustivo y mejorar los instrumentos de medición.

Por ser el *cohousing* modelo pionero en España, se han tenido escasas referencias bibliográficas y habría que considerar la dificultad de que no contar con otros estudios comparativos de las mismas características y DMT en el contexto de una comunidad de mayores.

Se pretende recoger la experiencia de la DMT en un *senior cohousing* y al mismo tiempo abrir una reflexión y aportar sobre el papel de la DMT en estos nuevos movimientos sociales y de convivencia, así como sugerir cómo se podría extrapolar a otras comunidades y al bienestar social. Se considera, en opinión de la investigadora, como una oportunidad hacia un modelo de futuro ante un envejecimiento digno, activo, más libre, arropado por una comunidad y con un carácter diferente a las opciones preestablecidas a día de hoy.

Por último, se sugiere la realización de futuros estudios e investigaciones, que combinen lo cualitativo y cuantitativo, así como el poder ampliar el uso de la DMT en los *cohousing*.

12 CONCLUSIÓN

Ante una población que envejece a nivel mundial, el envejecimiento activo es un objetivo para todos, independientemente de las facultades físicas, psíquicas, estado socioeconómico, situación geográfica...etc. El *cohousing* emerge en este nuevo modelo de envejecimiento activo como una alternativa en alza para el presente y futuro de nuestra sociedad.

La principal motivación en el estudio ha sido el intentar comprobar el impacto, efectos y beneficios de la aplicación de la DMT con un colectivo de mayores, y en el caso concreto de

Trabensol, un centro de convivencia autogestionado que aboga por el envejecimiento activo no institucionalizado y con muchas particularidades.

Ante una de las dudas que se plantearon sobre como envejecer en un *cohousing*, se señala que en el periodo de intervención de la investigación se han tratado cuestiones comunes en el mayor como la preocupación por la vejez, muerte, dependencia, enfermedad y pérdida de memoria. Se resalta que no se dieron en este colectivo la preocupación general del mayor (OMS, 2002) por la soledad, aislamiento, falta de actividad o aburrimiento. El envejecimiento activo de esta comunidad, promueve una fuente de vitalidad y bienestar, apoyado en el tejido de una red vinculante.

La autora del estudio considera que la DMT aparece en este contexto como una herramienta para el presente, futuro y vejez. Es una psicoterapia idónea para el envejecimiento activo y un entorno social de las características del *senior cohousing*, por diferentes motivos.

Por un lado por su contribución al envejecimiento activo, optimizando oportunidades, y potenciando el bienestar, la mejora en la calidad de vida y la salud en sus diferentes ámbitos. No sólo en relación al bienestar personal sino también al bienestar social de la comunidad.

En el centro se dan una gran cantidad de actividades de diversas disciplinas con el fin de promover la calidad de vida. Se ha señalado cómo la DMT es una psicoterapia cuyas herramientas de trabajo son el cuerpo y el movimiento, usando el proceso creativo como medio de expresión y comunicación, y tiene objetivos amplios en comparación con otras disciplinas ya que abarca no sólo el beneficio físico, sino también el emocional, cognitivo y psíquico, además de promover la interacción social. Un enfoque holístico muy adecuado para

el contexto de una comunidad que apuesta por la calidad de vida y un envejecimiento con éxito.

Tras el periodo de intervención, se ha observado que los usuarios han obtenido beneficios y valorado positivamente su experiencia con la DMT, pudiendo trabajar aspectos que querían mejorar en diferentes ámbitos: relaciones, comunicación, autoconocimiento, expresión corporal y emocional, liberación de estrés, etc.⁵³

Por otro lado, la DMT provee un vía para trabajar y afianzar el sentido de pertenencia a un grupo social, una comunidad que lo contiene y revaloriza, facilitando la participación, las relaciones y mejorando la convivencia y comunicación. Este punto se considera fundamental para el buen funcionamiento del *senior cohousing*, siendo ésta además una de las preocupaciones prioritarias que señalaban los usuarios en las encuestas: las relaciones, la comunicación y la tarea de autogestión. Asimismo, se considera que puede atender también a las demandas propias del mayor que pertenece a este colectivo social.

Según los beneficios expuestos en el estudio, se podría destacar el que la DMT es un instrumento para el autoconocimiento y conciencia del mayor en el periodo vital del envejecimiento, optimizando su proceso de aceptación en los cambios por el paso del tiempo.

La DMT promueve el acercamiento del mayor a su propio cuerpo, a sus movimientos, su canal de comunicación y su fuente de expresión de emociones. Permite además reconocer y explorar las posibilidades corporales, expresivas y creativas, que pueden acompañar a un estado de bienestar y salud física, psíquica y emocional, y que puede generar el crecimiento personal.

⁵³ Ver cap. 10 Efectos y beneficios.

La autora de esta tesina opina que uno de los efectos importantes de la DMT con mayores, dentro del desarrollo de una mayor conciencia del envejecimiento, es, además, el trabajo de aceptación del proceso de vida y también de muerte, como parte de la misma. Así, la DMT aporta herramientas para descargar tensiones, liberar de la angustia del cómo envejecer, del miedo a la enfermedad, del dolor, la dependencia o las pérdidas, todo ellos temas muy comunes que se han dado. Al mismo tiempo, fomenta capacidades, aceptando las limitaciones, y potencia el conocimiento para el autocuidado, saliendo de los prejuicios de la enfermedad, aislamiento, la desvinculación de uno mismo y del mundo, vinculándose al cuerpo y a la vida.

La DMT como modalidad puede optimizar el proceso de aceptación del envejecimiento propio y colectivo. Permite conectar con uno mismo, con el *self*, con la identidad, con el ser y el estar, con el sentir del ser vital, con el formar parte de ese mundo compartido que han creado, poniendo de relieve el sentido de pertenencia a esa comunidad, ese contexto que les contiene y les rodea. Es una vía para acercarse a la conciencia y corporalidad individual y colectiva, que permite estar más que nunca en el aquí y ahora.

Por último, es importante resaltar la idea de que estos mayores desean seguir creciendo como seres humanos en la última etapa de su vida, conectar, trascender y compartir ese proceso con sus cohabitantes. Quieren envejecer en comunidad, reconectándose con la memoria, consigo mismos, con los demás, con la creatividad; en definitiva, con la vida. Esta autora considera que la DMT es en este viaje una óptima acompañante.

A modo de cierre, se recogen las palabras de Chaiklin (2008):

Hoy el mundo es cultural y socialmente más complejo que las pequeñas e imitadas sociedades tribales; sin embargo, lo que entonces era fundamental para la vida de los

Danza Movimiento Terapia en una comunidad de mayores

seres humanos lo sigue siendo: la gente necesita sentirse integrada y ver que forma parte de una comunidad. La danza es una de las formas de lograrlo; la DMT permite superar el aislamiento y favorece las nuevas conexiones. Al mismo tiempo que alentábamos las experiencias grupales, hemos incrementado nuestro conocimiento del comportamiento humano y de cómo responder a las necesidades individuales. Ya no somos hechiceros; ahora nos designamos como DMT (p.36).

13 ANEXOS

13.1 Anexo I. Cuestionario evaluación febrero

DANZA MOVIMIENTO TERAPIA *TRABENSOL*

Por favor, rellene los siguientes puntos conforme su propia valoración del 1 al 10

Nombre

Edad

Situación Civil

Fecha

CUESTIONES	VALORACIÓN	COMENTARIOS
Estado de salud		
Nivel de independencia y autonomía		
Funciones sensoriales		
Funciones cognitivas, memoria		
Estado físico		
Imagen corporal		
Conciencia , percepción corporal		
Nivel de Movimiento		
Expresión corporal		
Equilibrio corporal		
Expresión emocional		
Seguridad y confianza		
Autoestima		
Nivel de estrés , ansiedad		
Relaciones sociales generales		

Danza Movimiento Terapia en una comunidad de mayores

Relación con la comunidad		
Comunicación		
Integración		
Nivel de participación		
Calidad de vida		
Satisfacción con la vida		

¿Qué te preocupa?

¿En qué te gustaría mejorar?

Otras observaciones que quiera señalar:

Muchas gracias

13.2 Anexo II. Cuestionario evaluación junio

DANZA MOVIMIENTO TERAPIA EN *TRABENSOL*

Por favor, rellene los siguientes puntos conforme su propia valoración del 1 al 10

Nombre

Edad

Situación Civil

Fecha

CUESTIONES	VALORACIÓN	COMENTARIOS
Estado de salud		
Nivel de independencia y autonomía		
Funciones sensoriales		
Funciones cognitivas, memoria		
Estado físico		
Imagen corporal		
Conciencia , percepción corporal		
Nivel de Movimiento		
Expresión corporal		
Equilibrio corporal		
Expresión emocional		
Seguridad y confianza		
Autoestima		
Nivel de estrés , ansiedad		

Danza Movimiento Terapia en una comunidad de mayores

Relaciones sociales generales		
Relación con la comunidad		
Comunicación		
Integración		
Nivel de participación		
Calidad de vida		
Satisfacción con la vida		

¿Qué le ha supuesto la experiencia de la Danza Movimiento Terapia?

¿Destacaría algún cambio o efecto?

¿Ha podido trabajar algún aspecto que quería mejorar?

¿Ha cambiado en algo su preocupación?

Otras observaciones que quiera señalar:

13.3 Anexo III. Consentimiento informado

PRÁCTICAS DMT PATRICIA CORRAL EN *TRABENSOL*

Se le pide participar en un proceso de prácticas e investigación que forma parte del trabajo final del Máster de Patricia Corral Martin en Danza Movimiento Terapia de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Usted ha recibido de la investigadora información sobre la Danza Movimiento Terapia y el objeto de investigación:

Danza Movimiento Terapia en una comunidad de convivencia de mayores.

Efecto y beneficios del uso de la DMT y su contribución a la calidad de vida, la prevención en la salud, el bienestar personal, social y de la comunidad, atendiendo a las características particulares del centro *Trabensol* y sus cooperativistas, ya que el lugar está auto gestionado y posee unas características propias de éste nuevo modelo de vida *cohousing*.

Información que necesita saber para ayudarle a decidir si desea participar en el estudio o no.

POR FAVOR

Lea cuidadosamente la información de este Resumen y el consentimiento. Usted puede hacer todas las preguntas que considere necesarias relacionadas con esta Investigación y este resumen. Cuando haya aclarado todas sus dudas, decidirá si quiere participar o no.

PROCEDIMIENTOS

Si usted decide participar en este estudio se le pide de acuerdo con la terapeuta y según agenda a coordinar:

- Participar en un proceso que consta de 1 sesión semanal de danza movimiento terapia con una duración de 1 h. durante aproximadamente 4 meses.

Danza Movimiento Terapia en una comunidad de mayores

- Al final de este periodo de sesiones se le entregará un documento y encuestas para que evalúe su experiencia y reflexión sobre lo experimentado.

POSIBLES RIESGOS

Durante el taller, por tratarse de un proceso corporal y expresivo, haremos actividades físicas que pueden considerarse como moderadas y siempre respetando el lugar y límites del usuario, por lo que deberá informar al investigador si padece alguna enfermedad que le impida desarrollar este tipo de actividad. También deberá informar inmediatamente en caso de que sienta alguna molestia o malestar.

Si usted siente que necesita cualquier ayuda, sea física o emocional, puede solicitarla al investigador.

POSIBLES BENEFICIOS

Al participar en esta investigación, usted se beneficiará de un tratamiento de danza movimiento terapia, en el que podrá obtener beneficios a nivel físico, cognitivo, psíquico, social y emocional, tal y como se les ha explicado en la presentación.

PARTICIPACION Y CONFIDENCIALIDAD

Su participación es voluntaria, no hay compensación económica por participar en la investigación

El material de las sesiones tendrá carácter confidencial y será en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal (LOPD),

También la investigadora, como responsable del fichero, informa de las siguientes consideraciones:

Danza Movimiento Terapia en una comunidad de mayores

- Los datos de carácter personal que le solicitamos quedarán incorporados a un fichero protegido por contraseña, cuya finalidad es la de servir de datos en la presente investigación.
- Queda usted igualmente informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales enviando un email a **corralpat@gmail.com**

Todo el material obtenido en esta investigación podrá ser destruido sin previa notificación.

Si tiene preguntas posteriores acerca de la investigación o sus derechos como sujeto de investigación, puede pedir a uno de los contactos mencionados anteriormente.

Entiendo que puedo retirar del estudio o negarse a participar en cualquier momento sin penalización.

Recibe una copia de este formulario de consentimiento.

Nombre y Firma sujeto	Fecha
-----------------------	-------

Nombre y Firma de la investigadora	Fecha
------------------------------------	-------

PATRICIA CORRAL MARTIN

13.4 Anexo IV. Cuestionario febrero preguntas abiertas

		FEBRERO Preguntas abiertas	
Nº	¿QUÉ TE PREOCUPA?	¿EN QUÉ TE GUSTARÍA MEJORAR?	OBSERVACIONES
1	El futuro del proyecto. Como manejar los conflictos de manera afectiva y positiva, respetando el espacio del	N/C	Me siento bien cuando veo a compañeros /as que se integran.
2	Mi relación de pareja	Mi relación de pareja	N/C
3	Como voy a enfrentar la vejez	La confianza y la autodeterminación pesonal	N/C
4	Las enfermedades y llegar a la dependencia	Las condiciones físicas y sociales para poder ser autónoma hasta el final de mis días	N/C
5	Que tengo una enfermedad crónica	Me gustaría superar esta problemática	N/C
6	Me gustaría crecimiento espiritual	Físicamente me gustaría quedarme como estoy	N/C
7	Duermo mal, pienso mucho por las mañanas y se me acumulan las preocupaciones, que después veo que no tienen tanta importancia	Me gustaría recuperar el nivel de memoria que he tenido	N/C
8	Creo que en este momento estoy bien, pero es el final antes de caer en la decadencia. Minimizo los conflictos, soy parte del universo	N/C	N/C
9	Mejorar mi comportamiento hacia mi y hacia fuera	Mejorar mis exigencias	N/C
10	La enfermedad de mi marido y mis posibles enfermedades de dependencia	No sentirme mal cuando me encuentro con poca paciencia por el cuidado a mi marido(principio de Alzheimer)	N/C
11	Me preocupa cierto estado de depresión	Año a El Salvador, donde he estado los últimos 11 años	N/C
12	Mis ojos y mis hijos	En lo que ya hago: uniposible, trabensol	N/C
13	Caer en estado de dependencia	En la escritura de mi vida	N/C
14	Aceptar situación concreta	Bajar estrés y ansiedad	N/C
15	N/C	N/C	N/C
16	La memoria	N/C	N/C
17	El futuro de mi hijo/ artrosis cervical	La comunicación con un grupo grande de gente	N/C
18	Me preocupa la enfermedad de mi marido	N/C	N/C
19	Me preocupa mi marido	Me gustaría ser transparente y ayudar a todos los seres felices	A veces siento que vivo en una realidad un tanto confusa
20	La situación personal y de trabajo de una hija. En relación con Trabensol, me preocupa, me fastidia y harta del exceso de normativas y comisiones. El excesivo poder que detentan algunas personas	Me gustaría que las relaciones fueran más fluidas, normales, coherentes, con más libertad, que considero merecemos personas adultas. Desearía que nuestros empleados fueran felices con nosotros. Hemos sido trabajadores y ahora nos comportamos como empresarios.	N/C
21	Los avatares que nos llegan.El no saber o poder darle solución. El no caer en situaciones que desequilibren emocionalmente	N/C	N/C
22	El problema de mi hija	Me gustaría relacionarme mejor con mis amigos	N/C
23	Miedo a la enfermedad y el dolor. Necesito entretenerme con algo normal	Me gustaría saber meterme en mi misma para escribir otra vez, me gustara cantar en un coro	N/C
24	Sin preocupaciones por el momento	N/C	N/C
25	N/C	N/C	Proceso divorcio. La amistad, la música, la meditación, la lectura
26	En mi, poco. En lo social, vida y muerte para todos	La autoestima, la asertividad, la libertad de expresión	Disfrutar lo que tengo
27	Reorganizar mi vida porque se me ha roto tras la muerte de mi mujer	Mi tristeza, mi soledad, mi angustia	N/C

13.5 Anexo V. Cuestionario junio preguntas abiertas

JUNIO Preguntas abiertas		
Nº	¿Qué te ha supuesto la experiencia de DMT?	¿Destacaría algún cambio o efecto?
1	Muy positivo. He crecido	He aprendido a gestionar mejor mis emociones
2	La convicción de que tengo que cambiar yo para que cambien los demás	La comunicación
3	He faltado, pero me ha parecido muy positiva	N/C
6	Conocer algo más a los compañeros	no
7	Muy bien. Es algo que nunca había practicado y me ha gustado mucho	Si, recibir la vida con más alegría
8	Experiencia agradable	Conocimiento de otros y mio
9	Fisicamente no he experimentado alivio en mis dificultades, pero tampoco en otras terapias que recibo. Muy bien en relación con la comunicación y otros aspectos psíquicos y de la rutina diaria	Defectos e inseguridad, a pesar de mi edad
10	Que soy capaz de moverme con una soltura que desconocía	Que soy capaz de evadirme de mis problemas durante una hora y sentirme "no culpable"
11	Ayudar a entrar en contacto con uno mismo y con los demás	Apertura y diálogos con los otros
12	Muy divertida. Más conocimiento de mi misma, más confianza	Me siento más libre
13	Unos momentos profundamente emocionales pero liberadores	Me he sentido más cerca de mis compañeros
14	El poder expresarme con más libertad	Un poco más de comunicación
16	Muy bien	Si, me siento mas cerca de mis compañeros. Ese es el cambio
18	Me ha servido para comprender mejor a las personas y quererles más y además mi cuerpo está más activo que antes	N/C
19	Pasar un buen rato con los compañeros y la monitora	Que casi todo depende de ti (de mí)
20	Experiencia positiva, muy positiva. El mejor de todos los cursos este año	Hemos reído, llorado y conseguido convertir al grupo en una piña
21	Un lugar que nos ha abierto a descargar nuestra situación del peso que llevamos. No ha acercado a otras compañeras con situaciones similares y hemos disfrutado de la relajación y el acercamiento con otros.	En un momento de adaptación a una situación ha sido un buen soporte para ir hacia adelante
22	Abrirme un poco más	Me ha abierto más
23	Una experiencia muy interesante	Si, he cambiado para bien. Pues he podido hablar y entenderme a mi misma
24	Algo único para compartir con los demás a través de la danza en grupo	No, ninguno
25	Alegría, conexión con el cuerpo, autoconocimiento	Lo mismo que antes
26	Relación , relajación, contacto	Confianza , seguridad
27	Me ha ayudado satisfactoriamente en mi proceso de duelo	Más expresión corporal y emocional

Danza Movimiento Terapia en una comunidad de mayores

		JUNIO Preguntas abiertas	
Nº	¿Ha podido trabajar algún aspecto que quería mejorar?	¿Ha cambiado en algo su preocupación?	Otras observaciones
1	si	si	N/C
2	si	si	el respeto y el grupo
3	N/C	Salía de las sesiones muy cambiada	He sentido mis ausencias, creo que me ha habria aportado mucho en mi expresión con el cuerpo. Las sesiones muy divertidas
6	Si, la expresión corporal	no	Aunque podía , no he mejorado al expresión
7	Si, el preocuparme por los problemas de los demás	En realidad en esto no he cambiado mucho	La monitora , Patricia, es una persona muy sensible y muy cercana
8	Conocimiento de mi misma	He rebajado grados de preocupación	Me agradan los contactos físicos con otras personas
9	Me ha ayudado a afianzar la relativización de las preocupaciones	N/C	N/C
10	Un poco mi total dedicación con mi pareja, sentirme bien con mis compañeras	Un poco	Sentirme un rato despreocupada en la danza, y aprender a tener otros ratos del día "libres" gracias a las peticioens de ayuda que solicito, sin sentirme juzgada por no atender a lo mio.. Gracias Patricia
11	El de antes (apertura y diálogos con los otros) y liberar algo de la pesadez mental	Si, aunque hubiera cambiado más si no hubiera faltado unas cuantas clases	Al principio me pareció algo infantil, pero luego descubrí el sentido positivo de la terapia. Gracias
12	La autoestima. La asertividad	Creo que me siento más cómoda	este curso lo he hecho paralelo al de inteligencia emocional y el efecto se ha multiplicado
13	Ambos si	Un poquito más de sensibilidad	Mi agradecimiento profundo por esta experiencia
14	La confianza en mí	N/C	Me hubiese gustado más clases
16	N/C	N/C	N/C
18	N/C	N/C	Me ha gustado mucho el grupo. Me ha servido para darme cuenta que se puede vivir muy bien en comunidad. Para mi ha sido este tiempo que ha pasado con vosotras muy positivo. Gracias
19	Si, asumir la realidad	Que mi situación no es tan mala	Siempre hay un lado bueno
20	Sin duda	Ahora tengo otra preocupación: sobrevivir al cáncer o morir en paz y con salero	En 15 días con el inesperado diagnóstico, ha cambiado tanto mi vida que tan siquiera se como rellenar este cuestionario. De momento me encuentro muy bien, pero se que no soy la misma que asitió al curso de DMT
21	El bajar el peso que supone ser cuidadora y asumir	Me ha ayudado para tirar adelante con calma	Yo me vine al centro con ganas de hacer hacia la comunidad actividades dedicadas a los demás y también hacia fuera de la comunidad, al pueblo, y me ha ayudado a encontrar mi sitio. Gracias Patricia, eres muy valiosa.
22	Me he sentido bien con Patricia y la apertura a los demás	Me he sentido mejor	Me he sentido a gusto e integrado
23	Si, ya sé que aspectos tengo que trabajar	Creo que si	Me parece que Patricia es una buena terapeuta, pues no interfiere para que nos expresemos libremente
24	Si, abrirme más a los demás	Si, que lo mio es menos importante	Ninguna, todo perfecto
25	La alegría	Estoy más positiva	Ha sido una experiencia preciosa
26	No traia ningún propósito	¿?	He conseguido más relajación y confianza
27	La expresión corporal	Estoy algo más sereno	Estoy algo menos triste y angustiado

14 BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán García, A.; Pujol Rodríguez, R. (2015). *Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 10. [Fecha de publicación: 22/01/2015]. Recuperado de:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
- Abellán García, A.; Ayala García, A.; Pujol Rodríguez, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 15, 48 p. [Fecha de publicación: 31/01/2017; última versión: 27/03/2017]. Recuperado de
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
- Abraham, N., Delagrange, K., & Ragland, C. (2006). Elder cohousing: An idea whose time has come? *Communities*, 132, 60-69. Recuperado de: <http://www.plan-b-retirement.com/ElderCohoArticleC-Mag10.06.pdf>
- American Dance Therapy Association (2017). *Dance Movement Therapy & older adult*. Recuperado de <https://adta.org/wp-content/uploads/2015/12/DMT-with-the-Elderly.pdf>
- Bamford, G. A. (2005). Cohousing for older people: housing innovation in the Netherlands and Denmark. *Australasian journal on ageing* [1440-6381];2005. Vol.:24 núm.:1 Pàg.:44 -46. Recuperado de:
https://espace.library.uq.edu.au/data/UQ_77790/Greg_Bamford_Cohousing.pdf
- Baptista J.R y Narciso F. F (2015) *Dance Movement Therapy as a Health Promotion Tool in Aging. The Portuguese case* (Tesina fin de Máster DMT UAB). Recuperado de:
<http://ddd.uab.cat/record/146548>
- Bausela Herreras, E. (2012). Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación* [en línea] 2012, (Sin mes). Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77125288010>> ISSN 1579-3141

- Blanchard, Janice. (2013). Aging in Community: The Communitarian Alternative to Aging in Place, Alone. *Generations* 37.4 (2013) 6-13. Recuperado de: <http://www.asaging.org/blog/aging-community-communitarian-alternative-aging-place-alone>
- Bloom, K. (2006). *The embodied self*. London: H. Karnac.
- Braüninger I. (2006) Dance Movement Therapy Group Process: a content analysis of short term DMT programs, en S C Koch & I Bräüninger (comp). (2006) *Advances in dance movement therapy. International Perspectives and Theoretical Findings*. Berlin, Germany: Logos Verlag, pp. 87-103.
- Bräüninger, I. (2012). The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy* 39, 296-303.
- Braüninger, I. (2014a) Specific dance movement therapy interventions-which are successfull? An intervention and correlation study. *The Arts in psychotherapy* 41, 445-457. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.08.002>
- Braüninger, I. (2014b). Dance movement therapy with elderly: an international Internet-based survey undertaken with practitioners. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. Vol 9, No.3, 138-153, DOI: 10.1080/17432979.2014.914977.
- Braüninger, I., & Bacigalupe, G. (2017, in print). Dance movement therapy in health care: Should we dance across the ward floor? en S. Lycouris, V. Karkou, & S. Oliver (eds.). *The Oxford handbook for dance and wellbeing*. Oxford: Oxford University Press.
- Cammany, R. (2005). La Danza Movimiento Terapia y sus aplicaciones con los adultos mayores. En Panhofer H. (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y Práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 265 – 287). Barcelona: Gedisa.
- Campling, P. (2001). Therapeutic communities. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 7, pp. 365–372. Recuperado de: <http://apt.rcpsych.org/content/aptrpsych/7/5/365.full.pdf>

- Ezquerro, A., Canete, M. and Stormont, F. (2000) 'Group-Analytic Psychotherapy with the Elderly', *British Journal of Psychotherapy* 17(1): 94-105.
- De Tord, P. (2013) *Grounding: concepto y usos en danza movimiento terapia (DMT)*. (Tesina fin de Máster DMT UAB). Recuperado de:
<http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/247527/TESINA%20MASTER%20DMT-Patricia%20de%20Tord.pdf?sequence=1>
- Dillenbeck, M., Hammond-Meiers, J.A. (2009) *Death and Dying: Implications for Dance/Movement Therapy*. American J Dance Therapy Association (2009) 31:95–121.
DOI 10.1007/s10465-009-9074-2
- Durrett, C. (2009). *The senior cohousing handbook: A community approach to independent living* (2nd Ed.) Traducido en *Manual del senior cohousing, autonomía personal a través de la comunidad*. 1ed. Asociación Jubilares (2015).
- Etxezarreta, A., Cano, G., Merino, G. (2012) Las cooperativas de cesión de uso y el cohousing en España. *XVI Congreso de Investigadores en Economía Social y Cooperativa Economía Social: crecimiento económico y bienestar*. Universitat de València. Valencia, del 19 a 21 de octubre 2016.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2002): *Vivir con Vitalidad*. 5 Tomos. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros R., Zamarrón Casinello M^a.D. López Bravo M^a.D., Molina Martínez A., Juan Díez Nicolás, J., Montero López, P. y Schettini del Moral, R. (2010) Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema* 2010. Vol. 22, nº 4, pp. 641-647, ISSN 0214 – 9915.

Fernández-Ballesteros, R. (2011), Envejecimiento saludable. *Congreso sobre Envejecimiento. La investigación en España*. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, 9-11 Marzo 2011.

Fernández Cubero, A. (2015) *Cuerpo, género y vejez en las Viviendas Colaborativas para personas mayores* (Trabajo fin de máster Universidad País Vasco). Recuperado de:
https://addi.ehu.es/bitstream/10810/.../1/TFM_DEFINITIVO%20Ana%20Fernández.pdf

Fischman, D. (2001) *Danzaterapia. Orígenes y fundamentos*. Recuperado de:
http://www.brecha.com.ar/articulos/danzaterapia_origenes_fundamentos.pdf

Fischman, D. (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. En Wengrower, & Chaiklin, (comp.) *La vida es Danza: el arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*, (pp. 81-96). Barcelona: Gedisa.

Fischman, D. (2013) *Supuestos básicos de la Danza Movimiento Terapia*. Recuperado de:
[http://www.brecha.com.ar/articulos/Supuestos_basicos_de_la_DMT_\(2013\)_Por_Diana_Fischman,_PhD.,_BC-DMT.pdf](http://www.brecha.com.ar/articulos/Supuestos_basicos_de_la_DMT_(2013)_Por_Diana_Fischman,_PhD.,_BC-DMT.pdf)

Garner J. (2002) Psychodynamic work and older adults. *Advances in Psychiatric Treatment*. Vol. 8, pp. 128-137. Recuperado de:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.966.3096&rep=rep1&type=pdf>

Gordon, A. J., (2014) Focusing on Positive Affect in Dance/Movement Therapy: A Qualitative Study *American Journal of Dance Therapy* June 2014, Volume 36, Issue 1, pp 60–76. Published online: 21 February 2014. DOI 10.1007/s10465-014-9165-6.

Guimón, J. (2006). *La evolución del concepto de comunidad terapéutica*. Comunicación presentada en el 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2006. Psiquiatria.com. Recuperado de:

<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/56/60/55/56605538492048976711189094524740025041>

Haboush B.A., Floyd Ph.D. Caron M.A., LaSota M.A., Alvarez B.A.(2006) Ballroom dance lessons for geriatric depression: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy* 33 (2006) 89–97.

Hansen, J., Hagenesen K., Roberts, N., Byers, L. (2011) *DMT with elderly population* Recuperado de: <http://www.kendallhagensen.com/wp-content/uploads/2012/05/DMTwithElderlyPopulation.pdf>

He W., Goodkind D., Kowal P. (2016). An Aging World: 2015. U.S. Census Bureau, *International Population Reports*, P95/16-1. Recuperado de: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>

Hepple J. (2004) Psychotherapies with older people: an overview. *Advances in Psychiatric Treatment*. Vol. 10, pp. 371-377. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.628.3327&rep=rep1&type=pdf>

Hill, H. (1999). Dance therapy and communication in dementia. *Signpost Cardiff Royal Hamadryod Hospital*, 4 (1), 1-4.

Hill, H. (2003). *A space to be myself*. *Signpost to older people and mental health matters*, 7 (3), 37-39.

IMSERSO (2011) *Danza creativa terapéutica*. Guía de implantación. Madrid. Instituto de mayores y servicios sociales. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/guadanzacreativaterapeutica.pdf>

IMSERSO (2011) *Envejecimiento activo. Libro blanco*. Madrid. Instituto de Mayores y

Servicios Sociales. Recuperado de:

http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libro_blancoenv.pdf

Izaola, B. (2012) *Co-housing* .Vivero de iniciativas ciudadanas (VIC). Recuperado de:

<http://viveroiniciativasciudadanas.net/2012/11/27/co-housing-2/>

Karkou V & Meekums B. (2014). Dance movement therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD011022. DOI: 10.1002/14651858.CD011022.

Konstantinidou M., Harahousou Y. (2004) *Dance Movement Therapy effects on life satisfaction of elderly people*. Recuperado de: <http://www.ocio.deusto.es/formacion/ocio21/pdf/P09074.pdf>. Accessed December 18, 2004.

Laplanche J. (1981) *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.

Levy, F.J. (1992). *Dance Movement Therapy: A Healing Art* (rev. Ed.). Reston, VA: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.

López, D. y Estrada, M. (2016). ¿Cómo avanzan las dinámicas de senior cohousing en España? En Ezquerro S., Salanova M.P., Pla M., Subirats J. Eds.) *Edades en transición. Envejecer en el siglo. XXI* (227-237), Madrid: Ariel.

López-Yarto Elizalde, Luis (2002) *Terapia de grupo o terapia en grupo*. En *Aperturas psicoanalíticas*, núm. 10. Comunicación presentada en las Jornadas de la “Asociación Laureano Cuesta”, Madrid. Recuperado de: <http://www.aperturas.org>.

Lowen, A. (1990). *La Depresión y en cuerpo*. Madrid: Alianza.

Lowen, A. (1991). *Bioenergética*. Méjico: Diana.

Lucerga R. (2015) *Cohousing: ¿un nuevo modelo de convivencia o una forma tradicional de vida?* Recuperado de:

http://www.autonomiapersonal.imserso.es/rap_01/a_fondo/IM_100743?dDocName=IM_100743

Malaquias S (2016) *El toque en la danza movimiento terapia : perspectivas teórica, ética y empírica.* (Tesina fin de Máster DMT UAB). Recuperado de:

<http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/247527/TESINA%20MASTER%20DMT-Patricia%20de%20Tord.pdf?sequence=1>

Molina Martínez M^a A., Díez Nicolás J, Montero López P. y Schettini del Moral R. (2010).

Envejecimiento con éxito: criterios y predictores *Psicothema* 2010. Vol. 22, n^o 4, pp. 641-647 ISSN 0214 - 9915. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3779.pdf>

Naciones Unidas (2002): *Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento.* Nueva York:

Recuperado de: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Naciones Unidas (2003): *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid*

sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid.

España. Del 8 a 12 de abril de 2002. Publicación de las Naciones Unidas, Nueva York.

Naciones Unidas (2011) *Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el*

Envejecimiento. Recuperado de: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/173>

OMS (1997) *Política de salud para todos del siglo XXI.* Organización Mundial de la Salud.

Ginebra, Suiza. Recuperado de:

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfspa/spa9.pdf?ua=1

OMS (2002). *Envejecimiento activo, un marco político.* Madrid: Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

OMS (2007) *Ciudades amigables con los mayores: Una guía.* Organización Mundial de la

Salud. Ginebra, Suiza. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>

- OMS (2015) *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
- Pallaro, P. (1996). Self and body-self: Dance/movement therapy and the development of object relations. *The Arts in Psychotherapy*, 23 (2), 113–119.
- Panhofer, H. (2005). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Panhofer, H. y Rodríguez-Cigaran, S. (2005). La Danza Movimiento Terapia: una nueva profesión se introduce en España. En Panhofer, H. (Ed.) *El cuerpo en psicoterapia Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Payne, H. (1990). *Creative Movement and Dance in groupwork: theory and practice*. Oxon: Winslow Press Limited,
- Regalado, P. (2002) Envejecimiento activo: un marco político. Organización Mundial de la Salud. *Revista Española Geriatria Gerontologia*; 37 (S2):74-105. Recuperado de: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
- Rodríguez Cigarán, S. (2005) Danza Movimiento Terapia (DMT): Trabajando con las personas mayores. *Letras de Deusto*, 35 (107), 227-241.
- Rodríguez Cigarán, S. (2009) Danza movimiento terapia: cuerpo, psique y terapia .*Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health*. Vol. 8, núm. 2 – Julio 2009. ASMR Revista Internacional On-Line – Dep. Leg. BI-2824-01 – ISSN 1579-3516
- Rodríguez-Jiménez, R.M.; Caja López, M.M.; Gracia Parra, P.; Velasco Quintana, P.J.; Terrón López, M.J. (2013). Inteligencia Emocional y Comunicación: la conciencia corporal como recurso. *Revista de Docencia Universitaria. REDU*. Vol.11 (1) Enero-Abril. pp. 213-241. Recuperado de: <http://www.red-u.net/>
- Rodríguez-Jiménez R.-M., Dueso Pla E. (2015) Consideraciones alrededor de la Danza Movimiento Terapia y sus aplicaciones en el ámbito social. *Arteterapia - Papeles de*

- arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol. 10/ 2015 (127-137);
ISSN: 1886 6190 .Recuperado de: http://dx.doi.org/10.5209/rev_ARTE.2015.v10.51687
- Rubio Herrera, Ramona (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid, Portal Mayores. [Fecha de publicación: 30/06/2004]. Recuperado de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>
- Sandel, S. L. (1978a) Movement therapy with geriatric patients in a convalescent home. *Hospital and Community Psychiatry*, 27(11), 738- 741.
- Sandel, S. L. (1978b) Reminiscence in movement therapy with the Aged. *Art Psychotherapy*, 5 (4), 217- 221.
- Sandel, S. L. (1980). Movement therapy with elderly: An interactional approach. *Dance/Movement Therapy Conference*, East Meadow, Nueva York.
- Sandel, S.L y Hollander, A. (1995). Dance movement therapy with aging population en Fran J. Levy (Ed.) *Dance and other expressive art therapies: when words are not enough*. (pp. 133-137) New York: Routledge.
- Sassenfeld A. (2011) Afecto, vínculo y desarrollo del self. *Clínica e investigación relacional*, 5 (2): 261-264. (ISSN 1988-2939). Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N2_2011/3_ASassenfeld_Afecto-vinculo-desarrollo-Self_CeIR_V5N2.pdf
- Schmais C., (1985) Healing Processes in Group Dance Therapy. *American Journal of Dance Therapy* Vol. 8, 17-36
- Stanton- Jones, K. (1992). *An Introduction to Dance Movement Therapy in Psychiatry*, London and New York: Tavistock/Routledge.
- Strassel JK1, Cherkin DC, Steuten L, Sherman KJ, Vrijhoef HJ. (2011) A systematic review of the evidence for the effectiveness of dance therapy. *Altern Ther Health Med*. 2011 May-Jun; 17(3):50-9.

- Subirats, J. (2016). Cambio de época y personas mayores. Una concepción de ciudadanía abierta e inclusiva. En Ezquerria, M.P. Salanova, M. Pla, J. Subirats (Eds.) *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. (pp 21-43) Barcelona: Planeta
- Taccone, Viviana Paola (2012) Danza movimiento terapia en la tercera edad aplicada en el contexto de la danza comunitaria. *Comunicación presentada en Actas del I Encuentro Latinoamericano de Investigadores sobre Cuerpos y Corporalidades en las Culturas* 2012. ISBN-13: 978-987-27772-2-5 Edit. Investigaciones en Artes Escénicas y Performáticas 1a Ed. Fecha publicación: 8/2012. Recuperado de: http://red.antropologiadelcuerpo.com/wpcontent/uploads/GT11_TacconeVivianaPaola.pdf
- Unión Democrática de pensionistas y jubilados de España (UDP) (2015). *El cohousing y las personas mayores*. Informe mayores UDP edición7/ año III. Fecha: abril 2015Ref.: 15009/14223/III-7. Recuperado de: <https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2014/09/El-cohousing-y-las-personas-mayores-abril-2015.pdf>
- United Nations, (2015). *World Population Ageing 2015*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York (ST/ESA/SER.A/390). Recuperado de http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
- Wengrower H. y Chaiklin S. (2008) *La vida es danza*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa